Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuję: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 30 kwietnia 1881. **№ 18.** Rok XX.

I. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Bryka.

Przyczynek do kazuistyki chorób chirurgicznych przewodu pokarmowego.

Opracował Dr. Schramm.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

Dwie kości znacznych rozmiarów w połyku tkwiących od dni 11; esofagotomija bez wprowadzania zgłębnika przez jamę ust. Wyzdrowienie.

Dnia 5go lutego 1878 r. przedstawiła się w klinice wieśniaczka 38-letnia, podając, że przed 10 dniami, t. j. 27 stycznia, jedząc kapustę, połknęła już w pierwszéj łyżce téj potrawy jakieś ciało twarde, które uwięzgło jéj w połyku, tak że od téj chwili nie była w stanie połknąć żadnych stałych pokarmów, gdyż te prawie natychmiast po przełknięciu wracały do ust wśród silnych napadów dławienia. Pokarmy, płynne połykała, lubo z wielkiemi trudnościami. Stan ten trwał dni 10, a chora nie szukała pomocy lekarskiéj, tylko sama starała się wydalić ciało obce przez krząkanie i drażnienie podniebienia wprowadzonym do ust palcem. Gdy to jednak nie pomagało a głód zaczął jéj coraz bardziéj dokuczać, przybyla do kliniki, gdzie znaleziono stan następujący. Kobieta wynędzniała i chuda. Jama ust i przełyku, jakotéż widoczna przy mocném obniżeniu języka część nagłośni zupełnie prawidłowe, oddech nieutrudniony, głos czysty. Szyja prawidłowo zbudowana, przy obmacaniu nie można wyczuć w głębi żadnéj stwardniałości lub wyniosłości nieprawidłowéj, badana jednak uskarża się na ból, który w pierwszych dniach po połknięciu kości miał być usadowiony w okolicy chrząstki tarczykowéj, obecnie zaś najdotkliwszą jest dolna połowa szyi blizko 2cm. po nad stawem mostkoobojczykowym po stronie lewéj i prawéj. Płuca i serce nie przedstawiają żadnych zboczeń. Apetyt nieupośledzony, owszem chora skarży się na głód dokuczliwy, stolec co drugi lub trzeci dzień, mocz w ilości skąpéj lecz prawidłowego składu.

Badanie zgłębnikiem żołądkowym wykazało, że narzędzie to natrafia już w samym początku połyku, w okolicy chrząstki obrączkowéj, na opór tak, że mimo wszelkich usiłowań nie można go było wprowadzić nawet do miejsca, w którém chora doznawała najsilniejszego bólu. Osłuchiwanie połyku wydało następne wyniki. W chwili gdy badana przełknęła dość znaczną ilość płynu, słychać szmer przedłużony, po chwili szmer drugi syczący, a w końcu szmer jeszcze słabszy i krótszy, nim przełknięta ilość płynu dostała do żołądka.

Powtórzone w dniu następnym próby wprowadzenia zgłębnika do żołądka dały ten sam wynik ujemny co w dniu poprzednim. Okoliczność ta zatém, jakotéż 11-dniowy przymusowy post, który siły choréj już znacznie podkopał, wreszcie obawa, aby przy dłuższém wyczekiwaniu nie przyszło do przebicia ścian połyku, wszystko to skłaniało do wykonania esofagotomii, do któréj téż prof. Bryk przystąpił w dniu 6 lutego 1878 r. Po zachloroformowaniu choréj poprowadził prof. B. cięcie przez skórę i mięsień podskórny wzdłuż wewnętrznego brzegu m. mostkosutkowego, sięgające od kości gnykowéj aż w okolicę stawu mostkoobojczykowego po stronie lewéj. Na wewnętrznym brzegu wspomnianego mięśnia, mniéj więcéj w jego połowie, podwiązano katgutem strzykającą tętnicę. Na sondzie rowkowanéj przecięto blaszkę powierzchowną powięzi szyi, mięsień mostkosutkowy wraz z nieodsłoniętemi naczyniami szyjnemi pociągnięto hakami tępemi na zewnątrz, operujący zaś pociągnął palcami ręki lewéj gruczoł tarczykowy i tchawicę ku linii środkowéj szyi. Następnie rozdzielono narzędziami tępemi wiotką tkankę łączną poniżéj mięśnia barkognykowego, aż się ukazała mięsista ściana połyku. Macając teraz palcem, natrafił operujący na wyniosłość twardą i nierównie wypuklającą ściany połyku mniéj więcéj na 4cm. poniżéj chrząstki obrączkowéj. W miejscu odpowiadającém téj wyniosłości nacięto ściany połyku bisturem kończastym i ranę tę rozszerzono ku górze i dołowi bisturem gałkowatym. Widoczną teraz dokładnie kość znacznych rozmiarów oddalono wygodnie, uchwyciwszy ją zwykłemi małemi kleszczami. Palec wprowadzony do połyku

natrafił ku górze (ku przełykowi) na drugą kość mniejszą, która również bez trudności dała się wydobyć. Ściany połyku, o ile można je było widzieć po roztwarciu brzegów rany, zupełnie zdrowe. Krwotoku nie było żadnego ani z ścian połyku, ani z części więcéj powierzchownych. Następnie wprowadzono gruby zgłębnik przez usta do żołądka, ranę na szyi zespojono kilkoma głębokiemi szwami węzełkowemi, w dolnym jéj końcu zaprowadzono dren i ranę pokryto opatrunkiem Listera. Po odniesieniu operowanéj do łóżka posilono ją kubkiem rosołu wlanego do żołądka przez cewnik.

Wydobyte kości stanowią właściwie jednę całość, tworząc nieforemny sześcian, którego najdłuższy wymiar wynosi 4·5cm., grubość 3cm., szerokość 4cm. Chociaż kość tak znacznych rozmiarów wypełniać musiała całe światło połyku, jednak chora była w stanie połykać potrawy płynne lubo z wielką trudnością. Objaw ten tłumaczymy w ten sposób, że z powodu nierównéj powierzchni kości pozostawały między nią a ścianą połyku wolne przestwory, któremi płyny mogły się przeciskać do żołądka.

Przez pierwsze trzy dni po operacyi dokuczał choréj śluz gromadzący się w znacznéj ilości w ustach i przełyku, który trzeba było oddalać zapomocą małych gąbek. Rana na szyi bez żadnéj reakcyi zapalnéj, wydzielina jéj bardzo skąpa śluzowato-ropiasta, niecuchnąca. Ciepłota utrzymuje się między 38·8 a 37·8°C. Otwór przy żołądkowym końcu cewnika zatkał się kilkakrotnie skrzepami mleka, którego też zaprzestano podawać, a chorą karmiono bulionem z jajami, rosołem i winem. Występujące mimo to od czasu do czasu zatkanie okienka w cewniku usuwano przez dość silne przestrzykiwanie wodą.

W trzecim dniu po operacyi chora skarży się na ból w dołku podsercowym, który ustał po pociągnięciu cewnika o $2^1/_2$cm. w górę.

12/2 Ogólny stan chorej dobry, rana na szyi wydziela skąpą ilość ropy śluzowatéj. Z powodu częstego zatykania się cewnika żołądkowego wyjęto go, a na jego miejsce wprowadzono bez trudności nowy tych samych rozmiarów lecz z większém okienkiem.

Do 15/2 stan pomyślny, ciepłota raz tylko podniosła się do 39°C. Rana na szyi zrośnięta w znacznéj części *per primam.* W dniu tym wyjęto wszystkie szwy.

16/2 Wyjęto cewnik żołądkowy; przez dzień następny chora nie dostała nic do jedzenia, a 18/2 zatém w dniu 12 po operacyi połykała już bez żadnych trudności pokarmy płynne.

20/2 Rana na szyi zupełnie zagojona, chora połyka potrawy na pół płynne bez trudności, a 26/2 opuściła klinikę w zupełném zdrowiu.

Z przypadku tego możemy wyciągnąć kilka ważnych wniosków. Przedewszystkiém co do sposobu leczenia następowego po operacyi. W przypadku naszym karmiono chorą przez zgłębnik wprowadzony zaraz po operacyi i który pozostawał w połyku przez dni 10, nie wywołując, mimo tak długiego pobytu, żadnych nieprzyjemnych następstw. Natomiast korzyści osiągnięte przez takie postępowanie były bardzo znaczne. W ten bowiem sposób zapobiegło się zetknięciu potraw i śliny z raną, która, nie będąc niczém drażniona ani zanieczyszczana, goiła się pod opatrunkiem Listera bardzo szybko. Musimy jednak przyznać, że postępowanie to nie da się zastósować w każdym przypadku. U osób bowiem wychudłych i wynędzniałych zgłębnik leżący czas dłuższy w połyku wywołuje łatwo odleżynę w jego ścianach, a nawet może przyjść przez ucisk do częściowego obumarcia chrząstek krtaniowych, jak tego mieliśmy przykład w naszéj klinice w jednym przypadku wycięcia całego języka z powodu zwyrodnienia rakowatego.

Ważną także okolicznością w naszym przypadku był brak jakiéjkolwiek zmiany w ścianach połyku, mimo że ciało obce twarde i tak znacznych rozmiarów, jak opisana kość, leżała dni 11 w połyku. Przyczyniło się zapewne do tego nie mało, że kość ta nie miała nigdzie ostrych końców, któreby bezpośrednio skaleczyły błonę śluzową połyku, jakotéż że nie były wcale robione nieumiejętne próby zepchnięcia ciała obcego przemocą do żołądka.

Trzymając się porządku anatomicznego, wypada mi mówić o g a s t r o t o m i i w y k o n a n é j z p o w o d u z u p e ł n é j n i e d r o ż n o ś c i p o ł y k u. Przypadek ten był następujący:

Bąk Michał, wieśniak, lat 51 liczący, ojciec 6ga zdrowych dzieci; dziedzicznego usposobienia do raka wykazać nie można. Początek obecnego cierpienia odnosi do następującéj okoliczności. Przed 2 laty w grudniu 1877 r. jechał wśród mroźnego dnia do wsi o 3 mile odległéj. Przybywszy na miejsce wypił szybko szklankę zimnego piwa, które jednak natychmiast zwymiotował. Podaje on wyraźnie, że nigdy przedtém nie był skłonny do wymiotów, nigdy nie doznawał żadnych dolegliwości przy połykaniu, nie jadł nigdy gorących potraw i nie używał napojów wyskokowych. Również stanowczo twierdzi, że nigdy ani przypadkiem ani umyślnie nie połykał żadnych żrących płynów. Od chwili wspomnianego zwymiotowania piwa miał przy każdém połykaniu nieprzyjemne uczucie w szyi, które podobne było do swędzenia, mimo to połykanie potraw płynnych i stałych nie było utrudnione, jednak tylko wtedy, jeżeli B. połykał ostrożnie i powoli, w przeciwnym bowiem razie pokarmy połknięte wracały się natychmiast. Powoli połykanie stawało się coraz trudniejsze, tak że z wiosną 1878 r. nie mógł już B. używać pokarmów stałych i od tego czasu żywił się prawie wyłącznie mlekiem, jednak siły jego podupadały coraz więcéj. W wrześniu 1879 r. połknął w celu ugaszenia pragnienia blizko pełną szklankę kwasu z kapusty, zwymiotował go jednak, natychmiast, a już nazajutrz spostrzegł, że nie mógł przełknąć zwykłéj ilości mleka. Odtąd trudności w połykaniu zwiększały się szybko, tak że Bąk był w stanie połykać tylko bardzo małe ilości mleka, z którego i tak większa połowa wracała do ust. Z porady lekarskiéj wstrzykiwano mu w domu kilka razy dziennie po szklance rosołu do kiszki stolcowéj, przez co poprawiło się nieco już bardzo podupadłe odżywienie chorego. W dniu 3 listopada przybył Bąk do kliniki chirurgicznéj, a stan jego był następujący: Bardzo wysoki stopień wychudnienia, waga ciała wynosi ledwie 42 kilgr., skóra sucha, barwy ziemistéj, odnogi chłodne, palce rąk i nóg sine, wyraz twarzy cierpiący, oczy i policzki głęboko zapadłe, szyja miernéj długości, gruczoł tarczykowy zanikły, tchawicę wymacać można aż do samego wcięcia mostkowego. Przy jak najstaranniejszém obmacywaniu szyi nie można wykryć żadnego obrzęku, lecz przy ucisku tuż nad mostkiem po stronie lewéj doznaje badany dokuczliwego bólu. Krtań wysunięta z linii środkowéj szyi na 3 do 4mm. na prawo, przy przesuwaniu jéj z boku na bok słychać wyraźnie jéj tarcie się o przednią powierzchnię kręgosłupa. Jama ust i przełyk prawidłowe, język suchy, obłożony pokładem brudno-żółtego mułu. Palec włożony jak najgłębiéj do gardła nie natrafia na nic nieprawidłowego.

Badanie wziernikiem wykazuje lekkie zboczenie nagłośni ku stronie prawéj, zresztą jednak więzadła głosowe i widoczna część wnętrza krtani przedstawia się prawidłowo z wyjątkiem że błona śluzowa jest nieco mocniéj zaczerwieniona niż bywa zwyczajnie. Zgłębnik żołądkowy o średnicy 10mm. zatrzymuje się w połyku w głębokości 20cm. licząc od zębów siecznych. Cieńszy zgłębnik o 3 do 5 mm. średnicy daje się wprowadzić ledwie na 21 do 22 mm., przyczém chory skarży się na dokuczliwy ból poza lewym stawem mostko-obojczykowym. Ektropesofag daje się wprowadzić do téj saméj głębokości, a guzik jego wypnięty po naciśnieniu sprężyny wyczuć można tuż po nad stawem mostko-obojczykowym lewym dopiero po wyciągnięciu narzędzia przynajmniéj o 1 cm. w górę, jako dowód, że przeszkoda w drożności połyku znajduje się już w piersiowéj jego części. Osłuchiwanie połyku podczas przełykania płynu nie wykazuje żadnego szmeru, a płyn przełknięty wraca się już po kilku sekundach do ust wraz z znaczną ilością śluzu. Klatka piersiowa dobrze zbudowana, przysłuch i opukiwanie nie wykazują nic nieprawidłowego. Tony sercowe czyste, lecz bardzo słabe. Brzuch mocno zapadły, powłoki jego cienkie leżą już 3 palce powyżéj pępka bezpośrednio na kręgosłupie, który aż do *promontorium* można bardzo wygodnie obmacać, również bardzo wyraźnie widać i czuć tętnienie aorty brzusznéj. Odgłos wypukowy na całym brzuchu zupełnie stłumiony z wyjątkiem miejsca wielkości dłoni w samym dołku podsercowym, gdzie odgłos jawny bębenkowy wykazuje mocno skurczony żołądek. Mocz w ilości skąpéj, lecz prawidłowego składu. Rozpoznanie w tym przypadku było łatwe, mieliśmy oczywiście do czynienia z niedrożném zwężeniem połyku z powodu nacieku rakowego, a jedynym sposobem przedłużenia życia choremu i uratowania go od śmierci głodowéj było wykonanie gastrotomii. Bąk jednak nie chciał pozwolić na wykonanie téj operacyi, żywiono go więc za pomocą enem z mleka, rosołu i wyciągu mięsnego, podawanych z kilkoma kroplami nastoju makowcowego 3 lub 4 razy dziennie. Stolec następował 1 lub 2 razy na dzień, był dość zbity, żółtawy i bardzo przejmującéj woni. Dopiero po 7 dniach pobytu w klinice gdy siły chorego mimo sztucznego żywienia niknęły coraz bardziéj, zezwolił on na operacyję, do któréj prof. Bryk przystąpił dn. 10/11 1879 r.

Po ogoleniu włosów w górnéj części brzucha i obmyciu całéj okolicy podsercowéj dokładnie 2% rozczynem karbolu zachloroformowano chorego, a następnie poprowadził profesor cięcie przez skórę od wyrostka mieczykowatego idące równolegle do łuku żebrowego lewego i na 1½cm. poniżéj niego aż do końca chrząstki 9 żebra. Pod skórą zupełnie pozbawioną podściółki tłuszczowéj okazała się zaraz przednia powierzchnia torebki mięśnia prostego lewego, którą równie jak i sam mięsień przecięto z wolnéj ręki równolegle z cięciem skórném. Cztery strzykające tętniczki podwiązano katgutem. Tylną ścianę torebki mięśnia przecięto między dwiema pincetami w całéj rozciągłości rany skórnéj, któréj długość wynosiła 8cm. Przeźroczystą otrzewnę, na któréj nie było widać żadnego naczynia, podniesiono ostrożnie w fałd, a po przebiciu go bisturem rozszerzono ranę w téj błonie za pomocą bistura gałkowatego, tak że długość jéj wynosiła 5cm. Teraz po odłożeniu narzędzi wszedł operujący palcem wskazującym i środkowym ręki lewéj do jamy brzusznéj ku górze i tam natrafił na cały zwój pętli jelitowych, które podnosiły nieco w górę lewy płat wątroby. Z niejakim trudem udało się zepchnąć pętle jelit ku dołowi, poczém obniżył się także lewy płat wątroby a posuwając się palcem wzdłuż niego na lewo, natrafił operujący na szeroką część przewodu pokarmowego, która według wszelkiego prawdopodobieństwa musiała być żołądkiem. Ujął go więc profesor między wprowadzone do jamy brzusznéj 2 palce i pociągał na zewnątrz. Gdy jednak ujęty fałd z powodu gładkości powierzchni o mało co nie wyśliznął się z trzymających go palców, wprowadził profesor kleszcze polypowe do jamy brzusznéj i zapomocą nich wyciągnął ostrożnie ujęty fałd na zewnątrz rany brzusznéj. Że mieliśmy przed sobą żołądek, zatém przemawiała gładka lśniąca powierzchnia, rozgałęzianie się naczyń od dołu ku górze, mięsistość jego ścian a wreszcie śledzenie dalszych jego części w jamie brzusznéj wykazało, że idąc ku stronie prawéj zwężał się na kształt retorty, na lewo zaś i ku górze ginął pod sklepieniem przepony. Kawałek sieci na 2cm. długi, który wypadł razem z wyciągniętym żołądkiem, odprowadzono natychmiast do jamy brzusznéj. Ujęty żołądek ułożono w fałd równoległy do rany w ścianie brzusznéj. Fałd ten, przytrzymany tymczasowo przez asystenta, przymocowany został do ściany brzusznéj w sposób następujący: Wzięto nitkę karbolizowaną długą nawleczoną na obu końcach igłą zwykłą zakrzywioną. Jedną z tych igieł przebito cały fałd żołądkowy przy jednym jego końcu na wskróś a następnie każdą igłę przeprowadzono przez całą grubość ściany brzusznéj wkłuwając ją od powierzchni otrzewnowéj. W ten sam sposób przytwierdzono drugi koniec fałdu żołądkowego do ściany brzusznéj. Teraz dopiero rozcięto ostrożnie ścianę żołądka, tak że po roztwarciu rany powstał otwór mający 15cm. w średnicy. Widoczne w głębi rany żołądkowéj nitki wyciągnięto tępym haczykiem na zewnątrz, przecięto je w środku i związano silnie odpowiednie końce tak że teraz żołądek przymocowany był do ściany brzusznéj czterema silnemi szwami. Tuż przy końcach otworu w żołądku zespojono ranę brzuszną w celu zmniejszenia jéj dwoma szwami metalowemi, wreszcie błonę śluzową żołądka przymocowano do brzegów rany skórnéj 10 szwami węzełkowemi z jedwabiu. Przez otworzoną w ten sposób przetokę żołądkową można było wygodnie wprowadzić palec wskazujący do żołądka, tak że ku stronie prawéj wymacać było można wygodnie odźwiernik, lecz idąc ku stronie lewéj nie można było dosięgnąć wpustu.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Z kliniki okulistycznéj Prof. Dra. Rydla.

O zwyrodnieniu barwikowém siatkówki.

Podał asystent Dr. Machek.

(Dokończenie. Patrz Nr. 17).

II. P o w i k ł a n i e z w y r o d n i e n i a s i a t k ó w k i z e s p r a w ą n a c z y n i ó w k o w ą. Wiemy, że zwyrodnienie barwikowe bardzo często powikłane jest z zapalnemi lub zanikowemi sprawami naczyniówki. W naszych przypadkach z pomiędzy pięciu chorych u czterech napotkaliśmy oprócz zaniku przybłonka barwikowego, znaczniejsze jeszcze zmiany w naczyniówce, które się umiejscowiły albo w obwodzie, albo w okolicy plamki żółtéj. W przypadku 1 i 2 znajdowaliśmy plamy powstałe w skutek zaniku tak na obwodzie jak i w środku dna oka, w przypadku 4 tylko w okolicy plamki żółtéj, w przypadku 5 tylko w obwodzie. Dwa ostatnie miałem sposobność widzieć także w okresie ostrego zapalenia.

Zapalenie objawiało się: zadrażnieniem, wypocinami, zaczerwienieniem bladéj poprzednio tarczy nerwu wzrokowego, przerostem, przesunięciem lub zanikiem przybłonka barwikowego, a wreszcie wolno postępującym zanikiem. W przypadku 3 powikłań ze strony naczyniówki nie było.

W obec tego nasuwa nam się pytanie, co jest przyczyną cierpienia naczyniówki.

Wecker (Graefe et Saemisch IV str.) podaje dwie najgłówniejsze przyczyny zapalenia naczyniówki; jedna dotyczy ogólnego stanu zdrowia chorego *(Constitution)*, druga budowy oka (*Conformation)*. Chodziłoby więc właściwie o to, aby albo wykryć zakażenie kiłowe albo wykazać przyczyny, dla których się gałka oczna wydłuża. W pierwszym razie najczęściéj mamy do czynienia z zapaleniem części obwodowych z wypocinami rozsianemi, w drugim zaś z zapaleniem w środku dna oka, być jednak może iż tylko z zanikiem tych części bez poprzedzającéj sprawy zapalnéj (Wecker). U naszych chorych trzeba pierwszą przyczynę bezwzględnie wykluczyć. Tak chorych jak i ojca tychże badałem bardzo dokładnie, lecz nie znalazłem żadnych objawów kiły. Jeżeli zaprzeczyć się nie da, iż w niektórych przypadkach w pewnym okresie oprócz objawów ocznych kiły na całém ciele nie ma ani śladu przebytéj choroby. to przecież trudno sobie wyobrazić, żeby u pięciu chorych badanych kilkakrotnie i przez dłuższy czas obserwowanych kiła żadnych innych objawów nie wywołała oprócz choroby oczu. Wydłużenie zaś gałek ocznych istotnie wystąpiło we wszystkich przypadkach. Chorzy widzieli dawniéj dobrze z daleka a myopia doszła co najmniéj do 5 a nawet aż do 9·5 dioptryi. Pomimo to są jednak pewne okoliczności, które mówią przeciwko temu, iżby samo wydłużenie gałki wystarczyło do sprowadzenia zmian jakie w naczyniówce powstały. Szerokość *staphyloma posticum* już w okresach pojawienia się powikłań równała się w jednym przypadku $^1/_3$ średnicy tarczy nerwu wzrokowego, w jednym $^1/_5$, w dwóch zaś była jeszcze mniejszą. W żadnym przypadku przez dłuższy czas obserwacyi nie okazywał zanik naokoło tarczy tych cech, które są znamieniem postępującego *Staphyloma post.* Brzegi tegoż były zawsze ostro odgraniczone, nieząbkowane. Nie było tego chociaż wązkiego rąbka zanikającéj naczyniówki, tego przejścia z zanikłéj do prawidłowéj, tych zmian patologicznych, o których Wecker (Graefe et Saemisch IV, str. 598) mówi, iż je zawsze wykryć można, gdzie mamy do czynienia ze sprawą postępującą. W obec tego trudno przypuścić, iż samo wydłużenie gałki ocznéj było przyczyną zmian na obwodzie i na środku dna oka, przedstawiających nadto dość odmienny obraz od zmian powstałych w skutek wydłużenia, podczas kiedy otaczająca tarczę część naczyniówki, która jest tak tkliwą na wydłużenie, nie wykazuje zmian cechujących.

Mnie się zdaje, iż ze względu na to co powyżéj wspomnieliśmy przypuścić trzeba, iż naczyniówka w oczach dotkniętych zwyrodnieniem barwikowém skłonniejszą jest do zmian chorobowych w skutek tego iż sprawa siatkówkowa *per contiguitatem* udziela się naczyniówce. W tém znaczeniu możnaby skłonność do chorób naczyniówkowych uważać wprost za odziedziczoną. Że zaś najwybitniejsze zmiany umiejscowiają się w obwodzie albo w okolicy plamki żółtéj pochodzi ztąd, iż te właśnie części naczyniówki w ogóle wykazują, jak doświadczenie uczy, największą skłonność do zapalenia i zaniku.

W takim jednak razie myopia (wydłużenie gałki), którą prawie zawsze spostrzegamy w wyższych stopniach zwyrodnienia barwikowego nie musi zawsze być przyczyną zmian w naczyniówce, lecz może być także ich skutkiem. Wiemy iż pierwotne zapalenie naczyniówki może wywrzeć taki skutek, iż twardówka staje się podatniejszą i skłonniejszą do rozdęcia nawet pod wpływem prawidłowego ucisku śródocznego. I tak w przypadku 5 przy ostatniém badaniu stwierdzono powiększenie *staphyloma post.*, lecz dopiero dłuższy czas po przebytém ostrém zapaleniu naczyniówki.

O ile się myopia wzmogła nie wiem, gdyż przypadkowo przy pierwszych badaniach na refrakcyję nie zwróciłem uwagi.

O tém wreszcie, iż w przypadkach 4 i 5 wstrzykiwania azotanu strychninowego stały się przyczyną zaostrzenia zapalenia naczyniówki, mówić jeszcze będziemy póżniéj.

III. *Nystagmus* spostrzegano we wszystkich przypadkach, zézowatości zaś w żadnym. Wahania gałek występowały przeważnie w kierunku poziomym (*Nystagmus oscillatorius)*. U niektórych chorych po pewnéj ilości poziomych wahań następowały wahania ukośne *(Nyst. mixtus)*. Często poziome wahania spostrzegano tylko w przypadku 4 i to w pewnym tylko okresie. Tu gałka oczna wykonywała ruchy wahadłowe około osi pierwszéj pary mięśni zewnętrznych oka. Wahania gałek ocznych pojawiać się zaczynały z wystąpieniem upośledzenia wzroku, a skoro chorzy ociemnieli, wolniały i zupełnie ustępowały. Po upływie zaś jeszcze dłuższego czasu chorzy (przyp. 1 i 2) mają oczy zwrócone w odległość nieskończoną z równoległemi osiami optycznemi, co fizyjonomii bezmyślny wyraz cechujący dotkniętych ślepotą nadaje. Ile czasu upłynęło, zanim w tych przypadkach wahanie gałek ustąpiło, nie można było stwierdzić. Lecz nawet u tych chorych występowały jeszcze lekkie wahania, skoro usiłowali wpatrywać się w jakiś blizko położony przedmiot np. własną rękę, albo w ogóle coś widzieć usiłowali. Tak u choréj 2 występowało wahanie, jeżeli ją zapytano, zkąd światło wpada.

Jeszcze jedno spostrzeżenie zasługuje na szczególniejszą uwagę. W przypadku 4, w którym gałki oczne w kierunku poziomym dość powolnie się wahały, ustępowało wahanie, jeżeli chora osi optyczne zbieżnie ustawiała. Podobnych pięć przypadków opisuje Alfred Graefe *(Motilitätsstörungen* 226) a dawniéj już P. Schroetter o podobnym wspomina. (Zehender 1871 *klinisch. Beobach.* N. 203). Wpływu szkieł pryzmatycznych nie badałem, gdyż nie znałem naówczas jeszcze pracy Graefego. Później (1880) bystrość wzroku zmniejszyła się do tego stopnia, iż badań za pomocą szkieł przeprowadzić nie było można, a przy tém zmienił się także i rodzaj wahania się. Gałki oczne już i w ukośnym kierunku wykonywały ruchy, chociaż wahania w kierunku poziomym były najznaczniejsze. Przy zbieżnych osiach ruchy wolniały, chwilowo całkiem ustawały, lecz niebawem znowu się wahanie rozpoczynało. I w tym przypadku z czasem i ze znaczniejszém upośledzeniem bystrości wzroku rodzaj wahania zmienił się, co przemawia za teoryją Arlta, który twierdzi, iż wahania dla tego, powstają, że ułatwiają widzenie, i że w tych przynajmniéj przypadkach, w których wahanie jest połączone ze znaczniejszém upośledzeniem bystrości wzroku, wahania nie są skutkiem zmian patologicznych ośrodków nerwowych ruchu. Alf. Graefe zaś twierdzi, że pewną skłonność polegającą na osłabieniu mięśni albo ośrodków nerwowych przypuścić musimy już ze względu na okoliczność, iż nie we wszystkich przypadkach znaczniejszego nawet upośledzenia wzroku wahania występują.

IV. Zdolność rozpoznawania barw badano u trzech chorych i to przy rozmaitym stopniu upośledzenia wzroku i w rozmaitych okresach zwyrodnienia. We wszystkich trzech przypadkach była upośledzoną. Im mniejszą była bystrość wzroku, tém wadliwsze stawało się rozpoznawanie barw. U chorego (5) z $^1/_{10}$ bystrości wzroku rozpoznano niezupełny barwoślep, chora (4) mająca blisko $^1/_{12}$ bystrości wzroku, która się po wstrzykiwaniach poprawiła na $^1/_6$, nie rozpoznawała zielonéj barwy, a chora z $^1/_{60}$ prawidłowéj bystrości nie zdołała rozpoznać w ogólności jakiéjkolwiek barwy. W przypadku czwartym nie zmienił się rodzaj upośledzenia zdolności rozpoznawania barw, chociaż się bystrość wzroku po zastosowaniu azotanu strychninowego znacznie poprawiła. Kiedy chorą znów zobaczyłem, miała, tylko ślad poczucia światła. Tak więc nie można było stwierdzić, czy się zmienił rodzaj upośledzenia zdolności rozpoznawania barw, czyli czy chora, która w pewnym okresie tylko barwy zielonéj nie rozpoznawała, późniéj nie była dotknięta zupełnym barwoślepem, jak np. chora 2. Ponieważ pewności nie mamy, czy chorzy przed wystąpieniem upośledzenia wzroku dobrze barwy rozpoznawali, nie można twierdzić, iż upośledzenie zdolności rozpoznawania barw powstało skutkiem zwyrodnienia. Chorzy podają wprawdzie, iż dawniéj dobrze barwy rozpoznawali, lecz na wywiadach polegać nie można. Ojciec chorych rozpoznaje barwy dobrze.

Chociaż więc nie można było wykazać bezwzględnéj zależności upośledzenia zdolności rozpoznawania barw od zwyrodnienia, podałem przecie wyniki badań a to już z tego powodu, iż dotąd nie ma wcale spostrzeżeń odnoszących się do téj okoliczności. Leber tylko twierdzi (Graefe u. Saemisch V), iż zdolność rozpoznawania barw w wyższych stopniach zwyrodnienia w wysokim stopniu bywa upośledzoną. Ciekawą byłoby rzeczą stwierdzić, w jakich okresach choroby pierwotnéj to się dzieje, jakich barw chorzy najprzód nie rozpoznają itd. U naszych chorych nie udało się przeprowadzić badania w tym kierunku, już z tego powodu że w przypadkach, w których jeszcze średni stopień bystrości wzroku się utrzymał, ślepota wystąpiła, skutkiem powikłania z zapaleniem naczyniówki, w bardzo krótkim czasie.

V. W przypadku 4 niedługo po wstrzykiwaniach azotanu strychninowego wystąpiły objawy podmiotowe z upośledzeniem wzroku, które musimy uważać za skutek zapalenia naczyniówki. Objawy podmiotowe za długo trwały, aby je można za przemijający skutek azotanu strychninowego uważać, późniejszy zaś zanik i zaczerwienienie tarczy, które się przez dłuższy czas utrzymało, wskazywało, jaka sprawa tu się odbywała. Że w przypadku 5 zanik późniejszy poprzedziło zapalenie, nie ulega wątpliwości, gdyż wypociny wziernikiem widzieć było można. Okoliczność, iż w obydwóch przypadkach objawy zapalenia krótki bardzo czas po wstrzykiwaniach wystąpiły, przypuszczać każe, iż strychnin stał się przyczyną zaostrzenia istniejącego już przewlekłego zapalenia. Że azotan strychninowy był przyczyną zaostrzenia się zapalenia naczyniówki, udowodnić nie można, sądziłem jednak, iż spostrzeżenie powyższe zasługuje na uwagę i zaleca ostrożność w zastosowaniu tego leku tam, gdzie jest obawa powikłań ze strony naczyniówki. Niezawodnie każdy lekarz już po jedném podobném spostrzeżeniu, zaostrzenia zapalenia w naczyniówce, wahałby się zalecić drugiemu choremu wstrzykiwań azotanu strychninowego. W klinice robiliśmy wstrzykiwania chorym 4 i 5 w tym samym czasie.

Własności farmakodynamiczne azotanu strychninowego mogłyby do objaśnienia szkodliwego wpływu posłużyć. Według Binza bowiem (*Arzeneimittellehre* 101) azotan strychninowy podwyższa parcie ościenne w tętnicach skutkiem zadrażnienia ośrodków naczynioruchowych. Zmienione zaś parcie ościenne może wpłynąć na odżywienie tkaniny składającéj się z samych prawie naczyń, co w naszych przypadkach w obec znanéj skłonności do zapalenia naczyniówki nie może być rzeczą obojętną, zwłaszcza że jest bardzo do prawdy podobném, iż wstrzykiwania zastosowane były już w pierwszych początkach zapalenia naczyniówki, nieobjawiającego się jednak jeszcze oznakami wziernikowemi.

III. Kilka uwag o hipochondryi.

Napisał **Dr. Maks. Gumplowicz.**
Lekarz zakładu w Weindlingau.

W praktyce hidroterapeutycznéj między chorobami przewlocznemi liczebnie pierwsze zajmuje miejsce hipochondryja. Znaczna stosunkowo część, według mego osobistego doświadczenia około 10% tych chorych, którzy się leczą w zakładach hidryjatrycznych, przedstawia nam znane objawy hipochondryi, bądźto, jako wyłączny lub główny wyraz istniejących zmian chorobowych, bądźteż tylko jako mniéj lub więcéj ważną komplikacyję innych chorób. Jeszcze bardziéj może przeważa co do liczby hipochondryja w statystyce tych chorych, którzy po za zakładem szukają rady i pomocy u hidroterapeutów. Takim to sposobem lekarz zajmujący się hidroterapiją nabiera mimowoli i chęci szczegółowego doświadczenia pod względem hipochondryi, czego mu zresztą, mówiąc nawiasem, zazdrościć nikt nie ma powodu. W takimto będąc położeniu i bądź co bądź zmuszony poświęcić część czasu mego hipochondrom, starałem się przynajmniéj na podstawie obserwacyi o ile możności zdać sobie sprawę z tego, jaki jest pierwotny rozwój psychologiczny objawów hipochondrycznych, a daléj, jak się one zachowują w obec znanych nam i używanych zabiegów leczniczych? Zajęcie to doprowadziło mnie do przekonania, że w ogóle hipochondryja jako przedmiot badań klinicznych obecnie jest może zanadto i niesłusznie zaniedbaną. W miarę jak nam z postępem wiedzy lekarskiéj badania fizyczne, chemiczne i mikroskopijne podają coraz to szerszą i pewniejszą zmysłowo dotykalną podstawę rozpoznania, tracimy, zdaje się, coraz to więcéj chęć zajmowania się tą stroną patologii, która się głównie opiera na psychologii fizyjologicznéj. Nawet psychijatryja stawia obecnie jako ideał, do jakiego dąży, umiejscowienie i ścisłe określenie anatomiczne tych chorób mózgowych, których zewnętrznym objawem są zboczenia psychiczne. Tak więc, gdy hipochondryja, jako taka, ani nie podlega badaniom fizycznym *in vivo* ani też nie pozostawia, o ile nam wiadomo, właściwych sobie dotykalnych zmian anatomicznych w mózgu, zdawać się łatwo może, jakoby li tylko istniała w wyobraźni chorego. Ztąd też rozpoznanie a nawet samo już podejrzywanie hipochondryi, w skutek mimowolnéj asocyjacyi myśli, zniechęcać zwykło lekarza i odrażać go od bliższego zajęcia się patologiją i terapiją danego przypadku, a te tylko formy hipochondryi, które się łączą z cięższemi chorobami umysłowemi, stają się zwykle przedmiotem szczegółowego badania psychijatrów. Mimo jednak takiego zaniedbania, a może i właśnie ze względu na to, bliższe wejrzenie w sprawę powstawania, rozwoju i przebiegu hipochondryi nie tylko może być samo przez się zajmującém, ale téż niemniéj w danym przy-

padku może mieć niejaką ważność i zastósowanie praktyczne. W téj myśli zapisujemy tu niektóre uwagi, jakie się nam nasunęły przy badaniu hipochondryi w różnych jéj kształtach i odmianach.

Nie przesądzając w niczém samėj istoty rzeczy możemy jedynie dla porozumienia się i zgodnie ze zwykłą definicyją powiedzieć, że mianem hipochondryi oznaczamy taki stan chorobowy, w którym wygórowane poczucie chorobowe i przesadny sposób wyjawienia tegoż w braku odpowiedniéj podstawy przedmiotowéj zdaje się być objawem przeważnie podmiotowym. Nie znajdując i nieprzypuszczając w organizmie chorego takich zmian patologicznych, któreby dostatecznie wytłumaczyć nam mogły wygórowane poczucie chorobowe i rozliczne skargi i żale chorego, uważamy te objawy za przeważnie podmiotowe, za wynik nieprawidłowéj funkcyi psychicznéj; zaliczamy tedy hipochondryję do rzędu chorób umysłowych.

Oczywiście orzeczenie takie ogółowe nie wyjaśnia nam jeszcze właściwéj istoty téj sprawy chorobowéj ani téż nie określa nam bliżéj jéj siedziby, zwłaszcza gdy w téj kwestyi nadaremnie szukamy punktu oparcia w anatomii patologicznéj. Natomiast badanie właściwego źródła i pierwotnego rozwoju hipochondryi w danych przypadkach w połączeniu z wiadomościami chociaż szczupłemi, jakich nam psychologija fizyjologiczna i psychopatologija w téj mierze dostarczają, wyświeca nam nieco genezę psychopatologiczną hipochondryi i dozwala nam bliżéj umiejscowić jéj siedzibę w narządzie inteligencyi. Ze względu na patogenezę hipochondryi możemy rozróżnić kilka odmiennych typów, które i w dalszym przebiegu niektóre odrębne zachowują cechy. Zważywszy, że hipochondryja rozwinąć się może i zwykle się rozwija na tle wcale zdrowego i prawidłowego umysłu, możemy tymczasowo wszelką ułomność umysłu, dziedziczną lub nabytą, wyłączyć z szeregu czynników patogenetycznych i ograniczyć się do wskazania trzech głównych źródeł hipochondryi, jakiemi są:

1) Choroby narządu trawienia;

2) Choroby i zboczenia funkcyjonalne narządu płciowego;

3) Zbytnie natężenie umysłowe zwłaszcza u osób niedokrewnych.

W każdym razie odmienne źródło patogenetyczne nadaje hipochondryi pewne odrębne rysy, które najlepiéj może uwydatnić się dadzą przez krótkie przytoczenie kilku odpowiednich poszczególnych przypadków.

Choroby narządu trawienia, przeważnie nieżyty żołądka i kiszek, wywołują niekiedy że tak powiemy ostrą hipochondryję, która najwydatniéj przedstawia nam rozwój hipochondryi na podstawie wyłącznie somatycznéj. Podajemy, jako przykład, dwa następujące przypadki.

a) W zimie r. 1874/75 pan E. adwokat, lat wtedy trzydzieści i kilka liczący, fizycznie i psychicznie zupełnie zdrowy nabawił się nieżytu kiszkowego, który w skutek nieodpowiedniego zachowania się przeszedł w stan przewłoczny. W kwietniu r. 1875 zasięgnął mojéj rady. Skarżył się głównie na rozwolnienie następujące przy najmniejszém zboczeniu dyjetetyczném i na przykry ból w kiszkach po każdorazowém wypróżnieniu. Nie okazywał zaś w tym czasie ani śladu usposobienia hipochondrycznego. Udzieliwszy mu rady, wkrótce potém wyjeżdżając z Wiednia, poleciłem go opiece jednego z kolegów. Jakież było moje zdziwienie, gdy za powrotem moim do Wiednia w jesieni tegoż roku chory przedstawił mi się w stanie najzupełniéj rozwiniętéj hipochondryi. Zasiągał był on rady kilku znakomitych lekarzy i okazał mi zbiór recept, w których przeważały *adstringentia* i przetwory makowca. Miał również zalecone zimne kąpiele nasiadowe. Mimo to stan chorobowy utrzymał się z małemi przejściami i zmianami. Chcąc zapewne sam bliżéj poznać istotę swéj choroby, zajął się gorliwie czytaniem dzienników i dzieł lekarskich. Przejęte ztąd zdania i twierdzenia całkowicie zapełniały jego umysł a powierzchownie zastósowane do spostrzeżeń na sobie samym uczynionych, naprowadzały go na myśl, jakoby u niego istniała choroba rdzenia pacierzowego, zwężenie kiszek i t. d. Trudno było ocenić, o ile liczne dolegliwości, na jakie się skarżył, odnosiły się do rzeczywistych parestezyj pochodzących z niedokrewności, czy téż były tylko płodem mocno zaniepokojonéj wyobraźni. Uspokoiwszy chorego podałem mu najściślejsze przepisy dyjetetyczne stosując, jako *adstringens*, jedynie wino francuskie. W przeciągu trzech miesięcy nieżyt kiszek zwolna ustąpił, a równocześnie ustały objawy hipochondryi. Pozostało tylko zajmowanie się pismami lekarskiemi, które jednak już nie wywołuje myśli hipochondrycznych.

b) Podobny przebieg hipochondryi okazał p. B., urzędnik bankowy, człowiek młody, nieco dobréj tuszy, zresztą zdrowy, silny i bystrego umysłu. Nabawiwszy się nieżytu żołądka i kiszek, przez dłuższy czas zaniedbał wszelkiego leczenia, następnie z porady lekarskiéj zachowywał dyjetę prawie wyłącznie mięsną. Przy téj dyjecie stan żołądka nieco się polepszył, nastało jednak uporczywe zaparcie stolca po części może w skutek wyłączenia silniejszych bodźców chemicznych i mechanicznych, do jakich przewód pokarmowy od dawna był nawykł. I tu w przeciągu kilku miesięcy rozwinęła się hipochondryja, nacechowana głównie bezustanném badaniem i tłumaczeniem objawów chorobowych. Ze zmianą dyjety zwolna powróciła prawidłowa czynność narządu pokarmowego, a nastrój hipochondryczny zniknął bez śladu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

O cięciu cesarskiem i jego metodach

napisał Dr. A. Mars
Docent położnictwa i Asystent kliniki położniczo-ginekologicznéj U. J.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr 17).

A) Operacyja cięcia cesarskiego według dawniejszéj metody na żywych.

Wskazania. 1) Wskazanie bezwzględne w przypadkach, w których istnieje niestosunek porodowy takiego stopnia, że płód donoszony, ani żywy, ani umarły zmniejszony, a tém mniéj całkowity, drogami porodowemi naturalnemi żadnym sposobem urodzony być nie może. Niestosunek porodowy takiego stopnia wywołanym być może: *a)* w przypadkach zwężenia miednicy, w których najmniejszy wymiar miednicy wynosi niżéj $2\frac{1}{2}$ cala, z wyjątkiem miednic zmiękczałych, które mogą pewną rozciągliwość posiadać; *b)* w przypadkach, w których nowotwory wychodzące ze ścian miednicy albo z części miękkich kanału rodnego w miednicy małéj zalegają, i ani zmniejszonemi ani też z miednicy wyprowadzonemi być nie mogą; *c)* w przypadkach znacznego zwężenia kanału rodnego miękkiego przez różne sprawy patologiczne, jak np. przez rozległe zwyrodnienie rakowate, przez rozległe zbliznowacenia ujścia zewnętrznego, pochwy i t. d.

2) Wskazanie prawne wypływające z przepisów ustawą naznaczonych i tak w cesarstwie rakuzkiém istnieje ustawa z r. 1798, która nakazuje wykonanie cięcia cesarskiego na

trupie każdéj ciężarnéj zmarłéj w drugiéj połowie ciąży, w celu aby jużto ratować płód, gdyby był jeszcze żywym, jużtéż aby na nim wykonać chrzest, jeżeli matka była chrześcijanką. Nadto druga ustawa z r. 1855 wymienia oznaki zewnętrzne drugiéj połowy ciąży, w celu aby lekarz oglądający osobę zmarłą na nie zważał i w danym razie operacyję cięcia cesarskiego na trupie wykonał.

3) Wskazanie względne w przypadkach, w których istnieje niestosunek porodowy tego rodzaju, że płód donoszony tylko po zmniejszeniu główki lub tułowia urodzonym być może, z zastrzeżeniem, że płód jest żyjącym, a życie jego tylko przez operacyję cięcia cesarskiego utrzymaném być może, pouczona zaś o niebezpieczeństwie operacyi matka, na takową się zgadza. Wskazanie to odnosi się do przypadków, w których niestosunek porodowy pochodzi z tych samych co przy pierwszém wskazaniu przyczyn, tylko w niższym znachodzi się stopniu. Co do zwężenia miednicy to zaliczamy tutaj miednice zwężone w jednym wymiarze w granicach od $2\frac{1}{2}$—3 cali.

Przeciwwskazania do operacyi cięcia cesarskiego, szczególniéj odnośnie do wskazania względnego, stanowią przypadki, w których stwierdzimy: 1) że płód jest mały, albo zmiękczały a témsamém, jeżeli mamy nadzieję, że takowy da się urodzić sztucznie, n. p. za pomocą kleszczy; 2) gdy pouczona o niebezpieczeństwie operacyi rodząca wykonaniu takowéj się sprzeciwia; 3) gdy rodząca jużto sztucznie, jużtéż skutkiem jakiegoś stanu patologicznego n. p. znacznéj gorączki świadomości jest pozbawioną; 4) gdy rodząca jest cierpiącą umysłowo; 5) wykonywanie cięcia cesarskiego na umierającéj jest nieludzkiém, a co ważniejsza przez ustawę cesarstwa rakuzkiego zakazaném.

Operacyi cięcia cesarskiego można uniknąć przez wywołanie sztucznego poronienia w przypadkach bezwzględnego wskazania na końcu ciąży, w przypadkach zaś, w których mielibyśmy wskazanie względne, przez wzniecenie przedwczesnego porodu.

Przygotowania dotyczące osoby mającéj być operowaną. Osobę mającą być operowaną należy o ważności operacyi dostatecznie objaśnić. Jeżeli dłuższy czas przed operacyją w naszéj opiece pozostaje, należy jéj podawać od czasu do czasu kąpiele ciepłe pełne, uważać na wypróżnienie przewodu pokarmowego, jeżeli zaś po przybyciu choréj mamy niebawem do operacyi przystąpić, to należy: podać lewatywę wypróżniającą, odprowadzić mocz, ogolić wzgórek sromowy, umyć brzuch rozczynem przeciwgnilnym, n. p. kwasu karbolowego, zbadać dokładnie brzuch, przekonać się, jak jest macica i płód w niéj położony, a wreszcie owinąć odnogi ciepłemi opaskami flanelowemi lub prześcieradłami, jakoteż osłonić starannie te części, które nie potrzebują być wśród operacyi obnażone. Löhlein radzi przed przystąpieniem do operacyi próbować pod chloroformem rozciągliwości miednicy w przypadkach osteomalacyi. Litzmann, Kezmarszky i Hugenberger obserwowali rozszerzanie się miednicy podczas porodu.

Przygotowanie mieszkania. Pokój obszerny, jeżeli możebném ku południowi zwrócony, do któregoby hałas uliczny nie dochodził, najlepiéj z oknami na ogród wychodzącemi; dobre światło dzienne, lub silne oświetlenie sztuczne, jeżeli operacyja ma być w nocy wykonaną. Powietrze czyste winno być do 19 stopni R. ogrzane. Urządzenie pokoju powinno być takie, aby chora w nim i nadal pozostać mogła. Co do sprzętów, to tylko konieczne znachodzić się powinny. Łóżko, na którém ma być chora operowaną lub stół operacyjny pokryte równym materacem świeżym, prześcieradłem woskowém, a wreszcie świeżą bielizną, powinno być ze wszystkich stron przystępne. Nadto powinno być przygotowaném drugie łóżko również przystępne, do któregoby chora mogła być po operacyi przeniesioną i w niém w ciągu następowego leczenia pozostawać. Łóżko to powinno posiadać wygodny świeży materac, prześcieradło woskowe lub gumowe, daléj świéże prześcieradło płócienne. Poduszki pod głowę nie powinny być zbyt duże i miękkie, aby w nie głowa nie zapadała. Na środku łóżka powinien leżeć t. zw. podkład, t. j. prześcieradło według wielkości we 4ro lub w 8ro złożone. Do przykrycia najlepszą jest lekka kołdra świeżém prześcieradłem obszyta, i aby kołdra ta do brzucha choréj nie przylegała, należy przygotować obręcz, któréj końce po ułożeniu choréj między boki łóżka a pościel wetkać można. Obręcz taka przydatną być może i do uczepienia worków z lodem, jeżeliby takowe lekarz zalecił. Łóżko tak przyrządzone należy starannie ogrzać. Nieopodal od łóżka lub stołu operacyjnego powinien być przygotowany stół, na którymby leżała poduszka równa, twarda lub mały materac a obok wszystko, co dla noworodka tuż po urodzeniu potrzebném być może.

Odwonienie. Takowe winno być rozciągnięte do wszystkich osób i przedmiotów, które podczas i po operacyi z chorą mają wchodzić w zetknięcie, i tak: począwszy od operatora wszystkie osoby asystujące a wreszcie chora winna mieć suknie świeże, środkami przeciwgnilnemi odwonione. Żadna z tych osób nie powinna mieć przez czas dłuższy styczności z ciałami ogranicznemi, gnijącemi. Wszyscy powinni umyć sobie przed operacyją starannie ręce silnym rozczynem środka przeciwgnilnego, n. p. 5% kwasem karbołowym. Pokój należy chlorem wykadzić, świeżo wapnem z domieszką środka przeciwgnilnego pobielić i podobną przymieszką podłogę, okna, drzwi umyć. Sprzęty wszystkie bez wyjątku po staranném pierwotném oczyszczeniu należy rozczynem ciała przeciwgnilnego obmyć. Co powiedziano o sprzętach, odnosi się także i do narzędzi.

Czas stósowny do operacyi. Najstósowniejszą chwilą do rozpoczęcia operacyi jest koniec pierwszego okresu porodowego, gdy mamy silne, dobrze rozwinięte bóle porodowe, które dozwalają spodziewać się, że po operacyi macica się dobrze skurczy, co ze względu na krwotok jest bardzo pożądaném. Rzecz naturalna, że jeżeli będziemy mieli przed sobą rodzącą, u któréj czynność porodowa już daléj postąpiła lub nawet pękł pęcherz płodowy, nie będziemy zwlekać operacyi, rozchodzi się tu bowiem o to, że po pęknięciu pęcherza płodowego z każdą chwilą pogarszają się warunki dla życia płodu. W takich przypadkach szybkość w postępowaniu będzie zadaniem operatora.

Narzędzia. 1) Brzuszate skalpele, 2) bistury gałkowate, 3) kilka pincet z zasówkami, 4) nożyczki proste i zakrzywione, 5) haki ostre i tępe, 6) sonda rowkowana, 7) cewnik, 8) igły długie proste do szycia powłok brzusznych, krzywe różnéj wielkości igły do podwiązywania naczyń, 9) jedwab do szycia różnéj długości, nici do podwiązywania naczyń, 10) utrzymywacz igieł, 11) aparat do chloroformowania, 12) szczypczyki do wyciągnięcia języka, 13) gąbki odwonione różnéj wielkości, nadto małe w szczypczyki ujęte, 14) ciepła i zimna woda, 15) lód, 16) odpowiednia liczba kompres, prześcieradeł i opasek flanelowych, 17) opatrunek Listera, 18) wata w większéj ilości do wysłania brzucha,

19) szeroka opaska flanelowa zaopatrzona w tasiemki do związania jéj z przodu, 20) środki podniecające jak: mocne wino, nastój cynamonowy, eter do wstrzykiwań podskórnych itd., 21) dobrze jest przygotować kleszcze porodowe.

Asystencyja. Asystentów potrzeba przynajmniéj sześciu i tak: 1szy stojący po prawéj stronie chorej obok operatora usuwa pętle jelit, któreby między powłokami brzusznemi a ścianą macicy leżały w kierunku od dołu ku górze; za pomocą opukiwania ogranicza dokładnie brzegi macicy. Podczas operacyi układa obie ręce na górnym odcinku brzucha i macicy przyciskając do téjże powłoki brzuszne, nadto uważa, aby sieć lub jelita nie wypadały; 2gi, naprzeciw operatora stojący, ociera gąbką ranę operacyjną, chwyta krwawiące naczynia, pomaga do podwiązania tychże, zbliża i przytrzymuje brzegi rany operacyjnéj, pomaga do wydobycia płodu, wreszcie jest pomocny przy zakładaniu szwów na powłokach brzusznych; 3ci podaje wśród operacyi instrumenta, uważa, aby gąbki nie zostały pomięszane, tylko aby teżsame w pewnych celach były używane, pod koniec operacyi obowiązkiem jego jest przeliczyć wszystkie gąbki i narzędzia, aby uniknąć przypadku, jaki już nieraz się przydarzył, t. j. że gąbka, pinceta lub podobny przedmiot pozostały w jamie macicy lub brzucha; 4ty chloroformuje i uważa na tętno i oddech; 5ty przyciska od dołu powłoki brzuszne do ściany macicy rękami ułożonemi na dolnym odcinku brzucha i macicy, które splata końcami swych palców z palcami asystenta pierwszego, przyczém uważać musi, aby macicy w górę nie podnosił, mógłby bowiem cięcie potém przypaść na szyję macicy; 6ty przebija błony płodowe, uciska i przecina pępowinę a wreszcie odbiera dziecko.

Służba, przynajmniéj 2 posługaczki zmieniające się winny być w pogotowiu, któreby i po operacyi przy choréj czuwać mogły. Nie powinny miéć żadnéj styczności z innemi choremi, tylko wyłącznie usługiwać téj choréj, któréj je przydzielono. Wśród operacyi obowiązkiem posługaczek jest podawanie według żądania ciepłéj lub zimnéj wody, lodu, umywanie gąbek i narzędzi, podawanie świeżéj bielizny a usuwanie zużytéj, po operacyi zaś karmienie choréj, przenoszenie jéj, słanie łóżek i tém podobne usługi. Ponieważ wszystkie te usługi wymagają pewnéj zręczności i znajomości rzeczy, przeto dobrze jest używać doświadczonych posługaczek, które mimo to zawsze o powyższych obowiązkach należy pouczyć. (C. d. n.)

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lekarska Tow. Przyj. Nauk Pozn.

Posiedzenie z dnia 3go marca 1881

Obecnymi na posiedzeniu byli koll. Kaczorowski, Wicherkiewicz, Batkowski, Jarnatowski, Grodzki, Jerzykowski, Kapuściński i sekretarz. Przewodniczący w zastępstwie kol. Mateckiego kol. Kaczorowski. Po przeczytaniu i przyjęciu sprawozdania z ostatniego posiedzenia przyjęto na członków Tow. Dra Karchowskiego z Kostrzyna i Dra Żuchowskiego z Grodziska. Przy dyskusyi nad chorobami obecnie panującemi wspominają koll. Kaczorowski, Jerzykowski i Jarnatowski o tyfusie osutkowym, o żarnicach, płonicy i dyfteryi. Następnie wspomina kol. Wicherkiewicz o zalecanym przez lekarzy amerykańskich nowym środku znieczulającym. Polega on na nader szybkiém oddychaniu pacyjenta przed rozpoczęciem rękoczynu. Kol. W. używał środka tego przy kilku mniejszych operacyjach ocznych z dobrym skutkiem. Następnie okazuje kol. Wicherkiewicz nową przez Luera skonstruowaną maskę do chloroformowania. Ma ona działać lepiéj, bezpieczniéj i skuteczniéj niż inne tego rodzaju przyrządy. Poczém mówi kol Kaczorowski o zajmującym przypadku przewlocznego wpochwienia (*invaginatio*) jelita, jakich nie wiele dotąd podanych zostało w piśmiennictwie lekarskiém. Podamy téż o niém obszerniéjszą wiadomość. Teodor Waszkiewicz, lat 38, wyrobnik, od wielu lat skłonny do nieprawidłowych wypróżnień jelita (zaparcia na przemian z rozwolnieniem stolca), w połowie października r. z. nagle doznał silnych bólów brzucha, połączonych zrazu z zaparciem stolca, poczém ustawiczna trwała krwawa poniekąd biegunka. Nieustające boleści zniewoliły go nareszcie do szukania pomocy w zakładzie Szarytek, gdzie dnia 31 października kol. Kaczorowski znalazł stan następujący: Średnia budowa ciała, z mało rozwiniętą podściółką tłuszczową cera twarzy czysta, wyraz zdradzający znaczne cierpienia, wyrażające się nadto w ustawicznych jękach, język wilgotny, trochę obłożony, brzuch miernie wzdęty, mocno napięty, przy dotykaniu bolesny. W okolicy nadpępkowéj wypukla się nieledwie nad poziom zaokrąglenia brzusznego guz mniéj więcéj odpowiadający postacią i ułożeniem zwiększonéj znacznie wątrobie, t. j. zajmujący całe prawe i połowę lewego podżebrza aż do linii pępkowéj. Guz ten przy obmacywaniu jest gładki, silnie napięty i wydaje przy opukiwaniu czczy odgłos. Innych zboczeń kol. Kaczorowski nie mógł wyśledzić. Stolec był zaparty od 3 dni, mocz trochę ciemniejszy, ale wolny od nieprawidłowych przymieszek np. części żółciowych. Ciepłota pod wieczór zaledwie 38°C, przechodziła, tętno trochę nizkie, około 90 uderzeń na minutę. Chory narzeka na ustawiczny ból brzucha, ma trochę pragnienia, ale nie jest zupełnie pozbawiony łaknienia, mdłości ani wymiotów nie ma. Rozpoznanie, przyjmując zwiększenie wątroby, pod względem przyczynowym tegoż stanu, pozostawił kol. Kaczorowski w zawieszeniu, skłaniając się tymczasem, mimo braku objawów żółtaczki, do przypuszczenia kamieni żółciowych. Zalecił olejek rącznikowy na przeczyszczenie, rozgrzewające się z zimnéj wody okłady na brzuch i zastrzykiwanie po trzykroć na dobę morfinu. Za pokarm służyło wyłącznie mleko. Następującego dnia nastąpiły dosyć obfite, bardzo cuchnące, żółciowe, lekko krwią zabarwione stolce, bóle pod wpływem morfinu uśmierzały się wprawdzie, chory nie przestawał jednak narzekać, mimo że po 3 dniach wzdęcie brzucha i objętość guza znacznie się zmniejszyły, a ciepłota do prawidłowego zeszła stopnia. 6go listopada bóle się nawet wzmogły i dopiero po podaniu co 2 godz. 15 kropel nastoju makowcowego trochę się uśmierzyły. Obok tego zaordynował prelegent co 3 godziny 10 kropli chloroformu, a gdy i mimo to chory wciąż gorzkie zawodził żale, dnia 12go i 13go zastrzyknął chlorek pilokarpinu pod skórę, poczém znaczne nastąpiło zwolnienie bólów. 15 listopada przyłączyła się do dolegliwości chorego jeszcze uporczywa czkawka, która dopiero 3go dnia, przy podawaniu wodanu chloralu z makowcem, gdy znów obfite, trochę z krwią zmięszane stolce odeszły, zupełnie się uspokoiła. Odtąd kol Kaczorowski wyżéj wspomnianego guza wyczuć już nie mógł, napięcie brzucha także ustało i chory nareszcie uczuł wielką ulgę. Teraz dopiero nasunęła się prelegentowi myśl, ażali w obecnym przypadku nie zachodziło wpochwienie jelita, które pod wpływem środków przeciwkurczowych nareszcie samo się odprowadziło. Celem ułatwienia wypróżnień jelita, tudzież powstrzymania w niém fermentacyi zaordynował teraz kol. K. choremu 3 razy dziennie po łyżeczce od kawy równych części palonéj magnezyi z podsaletranem wismutu. Chory szybko do siebie przychodził, nabywając coraz żywszego łaknienia, tak że po upływie niedługiego czasu trzeba mu było prócz mleka i inne stałe podawać pokarmy. 5go grudnia gruby wybryk w dyjecie (chory zjadł pokryjomu wędzoną kiełbasę) sprowadził nagły powrót wszystkich dawniejszych cierpień. Guz także się znów znalazł, ale tym razem w lewém podbrzuszu w okolicy SR, w kształcie bochenka mocno napiętego. Przy wypukiwaniu wydawał czczy odgłos i był pod naciskiem bardzo bolesny. Stolec odtąd, dość często odchodzący zawierał tylko płyn krwawo śluzowy, odbytnica przy śledzeniu była próżna Utwierdzony w przypuszczeniu wpochwienia jelita, teraz jeszcze głębiéj ku odbytnicy wsuniętego, zaczął kol. Kaczorowski stosować irygacyje jelita znacznemi ilościami (aż do 2 litrów) letniego rumianku. Po 4ch dniach guz znikł, dolegliwości wszelkie ustały i chory znów wkrótce odzyskał dawniejsze, dla niego niestety złowrogie łaknienie. 24go grudnia bowiem po zjedzeniu znów kawałka kiełbasy taż sama scena chorobowa odnowiła się z tą zmianą dekoracyi, że

guz zajmował całe lewe podbrzusze aż do linii Pouparta. Tym razem wprowadzony przez kol. Kaczorowskiego palec do odbytnicy, napotkał tuż nad zwieraczem zewnętrznym ciało stożkowate, podatne, z otworem w środku, a podobne zupełnie do szyjki macicznéj rozmiękczonéj. Obecnie więc nie mogła już żadna zachodzić wątpliwość, że nastąpiło wpochwienie jelita aż ku saméj odbytnicy. Zarządzone przez prelegenta na tém pewniejszéj podstawie irygacyje odprowadziły znowu jelito i chory odzyskał względnie zdrowie o tyle, że od tego czasu pozostała skłonność do ustawicznéj biegunki. Niewstrzemięźliwy jednak człowiek, mimo tak dokuczliwéj kary za swoje łakomstwo, dopuścił się dnia 27 stycznia rb. ostatniego występku dyjetycznego, objadłszy się serem gnojonym. I znowu nastąpiło wpochwienie jelita aż do saméj odbytnicy, i znowu odprowadzenie go za pomocą irygacyi odwarem siemienia lnianego. Lecz miarka się przebrała: niczém niepowstrzymana ukazała się biegunka z wydzielinami ropiasto krwawemi, mocno cuchnącemi, ciągłe bóle brzucha, kał pokazywał się tylko po podaniu olejku rącznikowego i to na wstępie w formie cienkich, trochę przypłaszczonych orzeszków. Chory niknął z dniem każdym, a dnia 1 marca rb. zakończył życie. Przy oględzinach pośmiertnych znalazł kol. Kaczorowski cienkie jelito wpochwione w grube jelito, tworząc rodzaj wypchanéj kiszki długości około 15cm., położonéj w samym środku brzucha. Wpochwienie to nie mógł prelegent rękoma żadną miarą odprowadzić, blaszki bowiem otrzewny na początku téj kiszki były zupełnie z sobą zrośnięte. Po rozcięciu grubego jelita odkrył dopiero kol. K wywrócone wpochwione jelito, a składające się z kawałka grubego, ślepego i części cienkiego jelita. Błona śluzowa wpochwionego jelita była czarno zabarwiona, i licznemi pokryta wrzodzikami (Klebs (*Handb. d. path. Anat.*) twierdzi, że owrzodzenia takie powstają z zatoru małych tętniczek, a Feigel (Przyczynek do anatomii pat. wgłobienia jelit. — Rzecz przedst w Tow. lek. gal, 1876) kładzie je na karb wzajemnego ucisku obrzękłych pierwotnie cew jelitowych. *Przyp. ref.*) Reszta całego grubego jelita była nader rozszerzona, błona śluzowa rozpulchniona, gruczołki śluzowe (*folliculi*) wystające nad poziom, a ku odbytni y coraz szerzéj owrzodzeniem dotknięte. Przebieg przypadku tego pozwala kol. Kaczorowskiemu wnioskować, że prawdopodobnie w następstwie długotrwałego nieżytu grubego jelita, a wytworzonego ztąd porażennego rozszerzenia onegoż po kilkakroć zrazu na krótką, późniéj coraz dłuższą przestrzeń, wślizgiwało się jelito cienkie, ślepém naprzód, do grubego jelita, i że trzy razy nastąpiło zupełne odprowadzenie, czwartym razem jednak tylko częściowe. Pozostałe wpochwienie ślepego jelita wraz z małą częścią cienkiego, trwając przeszło 4 tygodnie, z powodu nieustającéj biegunki zastoinowéj, wyczerpało ostatecznie siły chorego, jak zwykle w podobnych przypadkach. każdorazowe wpochwienie miało miejsce bezpośrednio po spożyciu ciężkich niestrawnych pokarmów. Pierwsze wpochwienie usunęło się samo siłą przyrody przez zwrotny skurcz mięśni jelitowych, przy następnych wpochwieniach sięgających aż do saméj odbytnicy przyczyniły się niezawodnie do odprowadzenia obfite irygacyje, które więc zasługują na stateczne zastosowanie, choćby i pierwsze ich próby pozostawały przez dni kilku bez skutku. Ostatecznie zwraca kol. Kaczorowski jeszcze i na to uwagę, że śródjelicie chorego okazało się nader szerokiém i wiotkiém, co patolodzy za główną uważają okoliczność usposabiającą tak do wpochwień, jak do przewrotów jelit. Po wykładzie tym wywiązała się dość ożywiona dyskusyja, w któréj zabierali głos koll. Batkowski Jerzykowski, Wicherkiewicz, Kapuściński i prelegent. Ostatni wspomina o przypadku zagłoby jelit, obserwowanym przez siebie w listopadzie r. z. u 29-letniéj niewiasty, u któréj śródjelicie zstępującego jelita było tak obszerném, że SR znalazło się przyrosłe do prawych żeber. *Dr. Święcicki.*

VI. Zdroje siarczane w Lubieniu.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego** ze Lwowa.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

2. Szkic historyczny zdrojów Lubieńskich siarczanych.

Zdrojowisko Lubieńskie nie było znane za czasów Oczki, ani za późniejszych balneologów staropolskich Petrycego i Syksta. Nie ma o niém wzmianki we fizyjografii ziem polskich Rzączyńskiego z w. XVIII (*Historia naturalis curiosa Regni Poloniae M. Ducatus Lituaniae annexarumque Provinciarum*"; *Sandomiriae* 1721; Bibl. Ossol. 14,858, 4°) ani téż w późniejszém *Auctuarium* tego dzieła.

Wieś sama, wtenczas Lubynem zwana, miała już swoje dzieje i znaczenie. Założona około 1220 r. za panowania Kolomana w Haliczu i osiedlona osadnikami rumuńskimi, około 1241 zburzona przez Daniłę; na nowo zaludniona za Kazimierza W. należała do królewszczyzny. Za Jagiellonów przeszła do rodziny Pazawów. Mikołaj Pazawa na początku XIV w. wzmocnił jéj ludność osadnikami mazurskimi i ruskimi i pisał się z Lubyna. Za czasów Oczki była ona w posiadaniu Wilczków, patrycyjuszów lwowskich. Jan Wilczek piszący się z Lubienia znowuż zasiedlił ją nowymi osadnikami.

Jednak wszyscy ci właściciele nie czynili nic dla zdrojowiska samego. Dopiero za Jabłonowskich w r. 1778 niejaki Serz zwrócił był uwagę na źródła siarczane w Lubieniu, z których zaczął wydobywać siarkę, a skończył na założeniu kąpieli na wzór już od wieków istniejących podobnych we Szkle pod Jaworowem. Sam Serz opisał był te zdroje lecz manuskrypt zniszczył urząd górniczy w r. 1871.

Pozostały nam najdawniejsze świadectwa o zdrojach Lubieńskich w dziele Hacqueta: „*Neueste Physikalisch politische Reisen in den Jahren 1794—1795 in den Nördlichen Karpathen*", z którego powtarzam tu za Sznajderem (monografija wsi Lubienia" w Kosmosie z r. 1877, p. 345 et seq.) następujący ciekawy ustęp: „*Alles ist von Bóbrka an bis Szczerzec und Lubin hügelicht, auf Sand und Mergelschichten schränken sich die hiesigen Teichgründe ein; hie und wieder sieht man auch Spuren von Schwefelquellen, bis man zu dem Orte kommt, wo diese Schwefelquellen an Menge jene bei Szkło übertreffen. Hier sind auch bessere Badhäuser errichtet als in Szkło, da der Inhaber sich dermalen alles angelegen sein lässt, die Wohnungen u. s. w. aufs bequemste einzurichten. Da diese Quellen nur drei Meilen von der Hauptstadt entfernt sind, so wäre zu wünschen, dass bessere Unterstützung getroffen würde, aber in diesem confusem Lande ist leider so was nicht zu hoffen. Alle Quellen sind hier ohne Bedachung in morastigen Sümpfen, wovon das Wasser hdurc Pumpwerk in das Badehaus geleitet wird.*"

Już w roku 1798 pierwszy podobno lekarz zdrojowy w Lubieniu, Dr. Karol Kroczkiewicz ze Lwowa, przepisał regulamin kąpielowy „*Allgemeine Baderegeln für Lubień*, Lwów, 1798.

W roku 1823 Salamon ze Lwowa dokonał pierwszego rozbioru wód Lubieńskich i ogłosił wynik takowego w „Rozmaitościach" lwowskich (1823, p. 273 et seq.).

Przy téj sposobności pozostawił nam obraz postępu, jaki w zakładzie poczyniono: „pomnożono łazienki, pobudowano wygodne pomieszkania, wystawiono salę jadalną, gdzie się oraz zabawy z tańcami odbywają, kaplicę, w któréj codzień odprawia się służba boża i założono obszerny, przyjemny park, służący gościom za miejsce najpiękniejszéj przechadzki."

Wkrótce, bo w r. 1828, rozebrał wody Lubieńskie ponownie wielce zasłużony w balneologii krajowéj T. Torosiewicz i złożył wynik swojego rozbioru tych wód, naprzód w monografii osobnéj: *Physikalisch-chemische Analyse der mineralischen Schwefelquelle in Lubień*", Wien, 1818, a następnie w dziełku wartości nieposlednéj: „Źródła mineralne w królestwie Galicyi i na Bukowinie", Lwów, 1849.

Przez zabiegi naukowe Torosiewicza na polu balneologii krajowéj weszła sława wód Lubieńskich nietylko do gazet polskich i niemieckich (Czasopismo Ossolińskich, Kuryjer Warszawski, Dziennik Literacki, Czas krakowski, *Buchners Repertorium für Pharmacie, Mnemosyne*), lecz uczynił o nich poszczególną wzmiankę Dr. Simon w swojém dziele balneologiczném: *Heilquellen Europas*, Berlin, 1836, przez co zdroje Lubieńskie przystąpiły niejako do związku zdrojowisk międzynarodowego.

Nowa i ważna poczęła się era dla wszystkich zdrojowisk krajowych i dla Lubieńskich także, gdy przezacny nasz i dzielny prof. Józef Dietl stanął na czele ruchu balneologicznego.

Zwiedził on w r. 1858 także i Lubień i postawił jego wody pomiędzy wszystkiemi innemi siarczanemi, nie tylko w pierwszym rzędzie, lecz na pierwszém miejscu.

„Postanowiłem opisać dokładnie ten zakład i umieścić opis w drugiéj wyjść mającéj części monografii mojéj o zdrojowiskach krajowych. Nim jednak da Bóg do niéj przystąpić, pozwalam sobie zwrócić, na nie uwagę szanownych kolegów, mianowicie tych, co ze wschodniéj części kraju chorych do wód siarczanych wyprawiają."

Następnie porównał składniki najprzedniejszych i najsławniejszych term siarczanych cudzoziemskich ze składnikami wód Lubieńskich, i tym ostatnim przyznał pierwszeństwo wraz z wodami trenczyńskiemi i swoszowickiemi. Podniósł ilość żelaza w wodach Lubieńskich i pochwalił starania ich właściciela około podnoszenia zakładu przez coraz lepsze urządzenia, i zachęcił do dalszego postępu z zapewnieniem: „Niechaj zaś będzie pewnym, iż idąc za naszą poradą uzyska sobie dalsze uznanie i lekarzów i kraju i że poniesione przez niego nakłady nie będą bezużytecznemi, bo zakład, jakim jest Lubień, z tak obfitém i wspaniałém źródłem, z wodą tak skuteczną iż prawie wszystkie inne tego rodzaju o wiele przewyższa, z łazienkami tak dogodnemi, a nawet wykwintnemi, nareszcie z położeniem tak pomyślném i przystępném, nie może nie mieć dobrego powodzenia." (Porównaj prof. Dietla: „Wzmianka o wodach siarczanych w Lubieniu." „Przegląd Lekarski" 1863, str. 102).

Zajęcie się tak gorące wodami i zakładem w Lubieniu tak potężnego i wpływowego męża nauki i patryjotyzmu należy niewątpliwie do sukcesów najpomyślniejszych dla przyszłości zakładu.

Nie można wątpić, że za inicyjatywą Dietla wody Lubieńskie rozebrał prof. Uniw. Jagiell. Dr. Czyrniański (zob. „Rocznik Tow. nauk. krak." T. XXVII p. 75 et seq.), który to rozbiór stanowił dotąd podstawę naukową do ocenienia ich własności chemicznych.

Nareszcie w ostatnich latach Sekcyja lwowska Tow. lek. gal., zajęła się zakładem Lubieńskim i wyraziła swoje zdania i desiderata w broszurze sprawozdawcy swojéj Komisyi, Dra Krówczyńskiego: „Lubień, rok 1880," Lwów 1880.

Z tego krótkiego szkicu widzimy, że nie brak było starania około podniesienia i doskonalenia zakładu; liczby statystyczne gości kąpielowych porównawcze przekonywają, że owe starania i zabiegi nie były płonne. Zakład miał bowiem w r. 1824 gości 490, w r. 1825: 482, w r. 1826: 513, średnio 495 osób rocznie; podczas gdy w latach 1877 miał 862, w r. 1878: 810, w r. 1879: 935, średnio 869 osób.

Jakiemi dzisiaj rozporządza środkami, jakie jest jego urządzenie i jakie są w toku ulepszenia, pomijam a raczéj odsełam czytelnika do Sprawozdania Dra Władysława Tarczucha: „Zdroje siarczane w Lubieniu," rok 1879, gdzie znajdzie dokładne w tych rzeczach wyjaśnienie.

Z własnego oglądania tyle mogę powiedzieć, że jest niezaprzeczenie pierwszym zakładem kąpieli siarczanych w kraju i że żadne inne zdroje siarczane tak pomyślnych dla rozwoju warunków nie posiadają. Naprzód blizkość stolicy kraju, któréj ludność wzrasta i cywilizuje się w każdym kierunku; następnie właścicielem Lubienia jest rodzina Br. Brunickich zamożna, wysoce inteligientna i pojmująca zadanie nowoczesnych zakładów tego rodzaju; brak nareszcie rywala, bo Szkło, stawszy się miejscem kąpielowém dla armii, utraciło na swobodzie. Swoszowice za daleko leżą od reszty kraju; ważna z innych względów Konopkówka zaniedbana i jeżeli się podniesie, to tylko na użytek miejscowy.

W końcu nadmienić można, że z pomiędzy lekarzy zakładu kąpielowego w Lubieniu odznaczyli się na pierwszém miejscu: Dr. K. Kroczkiewicz, który już w r. 1798 podał regulamin; Dr. Longchamps ze Lwowa (1862), Dr. J. Chądzyński ze Lwowa, który wydał w r. 1866 we Lwowie „Szkic klimatyczno-porównawczy" jak nazywa swoją broszurkę: „O zdroju siarczanym w Lubieniu," w któréj przy końcu znajduje się krótki ale dokładny przewodnik Lubienia i jego okolic.

Nareszcie przypomnieć się godzi dzisiejszego lekarza zdrojowego w Lubieniu, który w r. 1879 wydał pierwsze sprawozdanie lekarskie, zasługujące pod każdym względem na uznanie, jakiego téż w Przegl. Lek. doznało.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie.

Sprawozdanie Dra Rydygiera.

Już w liście moim z Berlina podałem sz. Redakcyi spis rozpraw, umieszczonych na porządku dziennym pierwszego dnia Zjazdu i namienilem o nadzwyczajnéj obfitości odczytów zgłoszonych.

I dzień Zjazdu.

1. Grawitz (z Berlina). O teoryi szczepienia zapobiegawczego. W wykładzie swym podał Grawitz wyniki badań poczynionych nad powyższym tematem a po części już dawniéj ogłoszone. Wielce zajmujące były preparaty przedłożone następnego dnia w klinice Langenbecka, tyczące się tegoż przedmiotu. Głównym wynikiem jego badań jest, że po zastrzyknięciu grzybków z średnią siłą infekcyjną niezabijającą, następnie mógł zastrzykiwać grzybki bardzo silnie zakażające bez narażenia zwierząt eksperymentalnych na śmierć, która zawsze po takiém zastrzyknięciu następowała, jeżeli poprzednio słabszemi grzybkami zapobiegawczo nie szczepił.

2. Maas (z Fryburga). O wpływie nader szybkiego odciągnięcia wody organizmowi z uwzględnieniem szczególném insolacyi i operacyj w jamie brzusznéj. Po zastrzyknięciu rozczynu soli lub cukru do kiszek lub pod skórę spostrzegł M. najprzód znaczne obniżenie ciepłoty, powtóre zniżenie ucisku krwi (*Absinken des Blutdruckes*) a nareszcie rozpuszczenie czerwonych ciałek krwi z wydzieleniem hemoglobuliny. Przez nalanie znacznéj ilości wody do kiszek udało się nieraz zwierzęta od śmierci uratować. Oparty na tych doświadczeniach zaleca M. dawać chorym z insolacyi dużo wody — nalewać wodę do kiszek

a operacyje w jamie brzusznéj wykonywać nietylko w dobrze ogrzanym ale parą nasyconym pokoju. Hüter zaleca stósownie do wyników tych badań spróbować transfuzyi przy insolacyi.

3. Mikulicz (z Wiednia). O jodoformie, jako środku opatrunkowym w grużlicy kości i stawów. Po zalecaniu powyższego środka przed Mossetiga używano go także w klinice Billrotha i to z bardzo dobrym skutkiem. Gussenbauer dobre skutki tegoż środka potwierdza.

4. Sonnenburg (z Berlina — dawniéj w Strasburgu). O znaczeniu gruzełków w zapaleniu grzybowém kości i stawów. S. nie uważa gruzełków stawów i kości za oznakę prawdziwéj gruźlicy, jak to Volkmann, Koenig i inni twierdzili. Widział on, że w klinice w Strasburgu w 35 podobnych przypadkach, gdzie inne narządy — a mianowicie płuca — nie były zajęte gruźlicą, ani zachodziła dziedziczność, nastąpiło wyleczenie. Dyskusyję nad tym odczytem odłożono do następnego dnia po wykładach Hütera i Koeniga o gruźlicy stawów.

5. Martin (z Berlina) zaleca na podstawie swéj statystyki wycięcie macicy przez pochwę. Nie można zaprzeczyć, że operacyja tym sposobem dala dotychczas znacznie lepsze wyniki, niż operacyja Freunda, ale liczby są jeszcze za małe do porównawczéj statystyki, jak to w ostatniéj mojéj rozprawie wykazałem.

II dzień Zjazdu.

a) Posiedzenie przedpołudniowe z demonstracyjami.

1. Grawitz (z Berlina) demonstruje wyżéj wspomniane preparaty.

2. Bergmann (z Würzburga) przedstawia chorą z zagojoną raną czaszkową, u któréj zaraz po zranieniu wykonał trepanacyję i brak skóry nad raną kostną pokrył plastyczną operacyją. Baum obawia się po takiém postępowaniu zatrzymania ropy, któréj wytworzenia w przeważnie większéj liczbie spodziewać się należy po wstrząśnięciu i uszkodzeniu mózgu. Bergmann zarzut ten odpiera wskazując na założenie sączków, którego nigdy nie zaniedbuje, a które w danym razie zapewnia swobodny odpływ ropie. Pokrycie defektu natychmiastowe po dokładném oczyszczeniu ma zaś tę zaletę, że właśnie często zapobiega zupełnie wytwarzaniu ropy chroniąc ranę od zakażenia.

3. Langenbeck przedstawia chorą, któréj po kilkakrotnym powrocie operowanego złośliwego guza głowy ostatecznie nie tylko kości czaszki wypiłował, ale nawet opony mózgowe częściowe wyciął.

4. Thiersch (z Lipska) okazał mały przyrząd do zakładania ligatur *en masse* i szwu perełkowego.

5. Küster (z Berlina) mówił o skuteczności sposobu Sayrego w przestarzałych złamaniach kręgosłupa. Wywiązała się z tego dość ożywiona dyskusyja nad wartością powyższego sposobu w ogóle, podczas któréj Sonnenburg opowiedział przypadek ze swéj praktyki, który w skutek zawieszenia dziecka do gipsowania zakończył się śmiertelnie w krótkim bardzo czasie mimo wszelkich starań ożywienia chorego. Wszyscy się zgadzali, że w świeżych złamaniach kręgosłupa należy tylko z wielką ostrożnością używać gorsetu Sayrego.

6. Trendelenburg (z Rostoku) okazał preparat z chorego, któremu blizko w 2 lata przed jego śmiercią wywołaną inném cierpieniem wyleczył pseudartrozę kłykcia k. udowéj przez wbicie gwoździa z kości słoniowéj. Chory wtenczas zupełnie się wyleczył, a teraz po dwóch latach znalazł Trendelenburg kość słoniową nieomal nietkniętą.

7. Mikulicz (z Wiednia) przedstawił chorą, któréj swoim sposobem wypiłował tylną część stopy celem zagojenia wielkiego wrzodu. Opis tego sposobu znajduje się w ostatnich numerach *W. med. Wochenschrift.*

8. Langenbuch (z Berlina) przedstawia dwoje chorych po szczęśliwém wycięciu nerek ruchomych, które tyle dolegliwości sprawiały, że osoby cierpiące zupełnie były niezdolne do pracy i tak sobie uprzykrzyły życie, iż same żądały operacyi choćby najniebezpieczniejszéj. Następnie przedstawił dwa przypadki naciągania nerwów z dobrym skutkiem podjętego.

b) Posiedzenie popołudniowe.

1. Paweł Bruns. O przeszczepianiu szpiku kostnego. Z 15 eksperymentów w 12 udało się przeszczepić szpik z dobrym skutkiem, t. j. tak, że na miejscu przeszczepienia wytworzyła się nowa kość.

2. Fenwick (z Londynu) wykazał na odpowiednich nowych mapach dokładny przebieg i układ żył ściany brzusznéj.

3. Gies mówił o gojeniu ran chrząstek. (C. d. n.)

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła pod przewodnictwem Prezydenta Dra Weigla posiedzenie, na którém: 1) Przewodniczący uczcił pamięć śp. prof. Dra Stanisława Janikowskiego kilku słowami uznania a obecni przez powstanie. 2) Dr. Buszek przedłożył zapytanie Magistratu, czyby nie należało zamknąć wszystkie w mieście istniejące topiarnie łoju jako zdrowiu szkodliwe a pozwolić odbywać topienie łoju jedynie w topiarni łoju urządzonéj w zabudowaniu rzeźni miejskiéj. Po przemówieniu Drów Blumenstoka, Grabowskiego Julijana, Korczyńskiego, weter. Pacuły i wyjaśnieniach danych przez Prezydenta i fizyka miejskiego uchwalono, aby pozwolono wytapiać łój jedynie w miejskiéj topiarni łoju. 3) Tenże prosił o poparcie Komisyi, aby polecono zasypać sadzawkę smrodliwą tuż przy szpitalu św. Łazarza położoną jako ognisko zarazy zimniczéj. Uchwalono wezwać powtórnie Zarząd szpitala św. Łazarza, aby jak najspiesznićj usunięto rażące to źródło zarazy. 4) Tenże podał szczegóły odnoszące się do śmiertelności i chorobliwości w miesiącu lutym i marcu. Według obliczenia na rok i 1000 umarło w lutym 36,1: w marcu 40,8. Z chorób zakaźnych umarło w lutym 19,8%; w marcu 23,5%. W ostatnim miesiącu zaszło więcéj przypadków śmierci: z odry, płonicy, duru brzusznego, a przedewszystkiém duru osutkowego, którego ofiarą padło aż 6 osób. Celem wykrycia źródła szerzącéj się zarazy zrewidował w całém mieście noclegi i ogrzewalnię miejską, zbadał stan tyfusu w kryminale i szpitalach, zamknął 2 noclegi jako prawdziwe wylęgalnie zarazy, przedstawił wnioski Magistratowi celem poprawy stanu opłakanego noclegów i ogrzewalni i przekonał się, że kryminał, noclegi i ogrzewalnia miejska najwięcéj dostarczyły przypadków duru. Tyfus rozszerzył się prawie wyłącznie pomiędzy włóczęgami. Charakter jego jest łagodny. Od stycznia umarło do 16 kwietnia osób 11; mianowicie: w styczniu 1, w lutym 2, w marcu 6, w kwietniu 2. Fizyk uważa chwilę obecną za najstósowniejszą do wyzyskania pewnéj sumy od Rady miejskiéj na cele radykalnych reform sanitarnych, jakie na przyszłość mogłyby zabezpieczyć miasto od ciągłych epidemij, a za takie uważa reformę budowy dołów kloacznych i czyszczenia tychże. wyrugowanie śmietników a zastąpienie takowych wózkami. Również widzi jako naglącą potrzebę, aby Magistrat napierał na właściwą władzę, żeby kryminał, jako ciągłe ognisko tyfusu osutkowego, był zbudowany za miastem, a obecny służył tylko za pomieszczenie osób pozostających w śledztwie.

Zarządzono ze strony Magistratu, aby przestrzegano jak największą czystość po placach publicznych, ulicach i domach a głównie, gdzie tyfus lubi się zagnieżdżać. Fizyk wyraża nadzieję, że obecnie panujący dur osutkowy przełamie się niezadługo zwłaszcza, że do szpitala tutejszego w ostatnich dniach przybywało tylko po 2 osób i że wśród obecnéj pory cieplejszéj łatwiejsze będzie przewietrzanie pomieszkań ubogiéj ludności, klasa wyrobnicza znajdzie zarobek przy robotach publicznych i prywatnych na wolném powietrzu, lepiéj zacznie się odżywiać a têm samém nabierać więcéj odporności na wpływy szkodliwe.—Dr. Korczyński zapatrując się mniéj różowo na dalszy rozwój tyfusu z powodu, że ogarnął rozległe i w różnych krajach okolice wnosi: 1) aby policyja z całą surowością ścigała włóczęgów i żebraków, 2) aby zrobiono przegląd domów, placów i ulic przez Komisyje *ad hoc* wyznaczyć się mające i doraźnie usuwano wszelkie wady sanitarne. — Dr. Warschauer widzi trudności nie dające się pokonać w państwie konstytucyjném w sprawie powstrzymania ludzi od wchodzenia przez rogatki do miasta, opierając się w tym względzie na doświadczeniach z lat poprzednich. — Dr. Obaliński nadmienia, czyby w obec wydawania znacznych sum dla ubogich nie dały się urządzić odpowiednie ogrzewalnie. — Dr. Jul. Grabowski sądzi, aby egzekwowanie zarządzeń sanitarnych zależało wprost od Prezydenta miasta. — Dr. Blumenstok zwraca uwagę na przepełnienie pomieszkań stróżów; uważa zmniejszenie ilości więźniów w kryminale za najdzielniejszy środek do powstrzymania tyfusu pomiędzy więźniami, których już teraz wysyła Sąd do aresztów okręgowych, gdy są za mniejsze przewinienia skazani. — Prezydent Dr. Weigel w przemówieniu dłuższém i wykazującém gruntowną i wszechstronną znajomość stosunków miejskich przyrzekł łącznie z Dyrekcyją policyi po dokonaném już spisie ludności zająć się sprawą włóczęgostwa, uregulować tak ważną sprawę ubóstwa w mieście i oświadcza gotowość wydelegowania Komitetów lustracyjnych dla całego miasta i usuwania wszelkich przez nie wytykanych usterek, jest za przypomnieniem sprawy czyszczenia miasta właściwemu referentowi téj sprawy, popiera zdanie, aby kryminał leżał za miastem, wynurzając nadzieję, że sprawa budowy kryminału wejdzie niebawem na pomyślniejsze tory, jak tylko w Radzie Państwa zapadnie uchwała normująca karę więzienną.

☐ Różne dzienniki lekarskie podają pochlebne wzmianki o dalszych wynikach doświadczeń czynionych z krowianką otrzymaną z zakładu krowiankowego p. Haya istniejącego w Wiedniu Alserstrasse Nr. 18. W zakładzie tym w roku zeszłym podjęto z polecenia Ministerstwa spraw wewn. pod nadzorem urzędowym znaczną liczbę prób szczepienia, przy których co do przyjmowania się limfy i w ogóle co do przebiegu sprawy szczepienia jak najlepsze otrzymano wyniki, co urzędownie tak dolno-austryjacka Rada zdrowia jak i dolno-austryjackie Namiestnictwo stwierdziły. Uwzględniając te okoliczności zwracamy uwagę na ten zakład, zwłaszcza, że dostarcza on czystéj limfy zwierzęcéj, przez co unika się możności przenoszenia chorób jednego dziecka na drugie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 14 (do 2 kwietnia) ospa w Londynie przybrała znowu większe rozmiary. Leczyło się w szpitalach 986, zapadło świeżo 289, umarło 56. W Wiedniu umarło 19, w Paryżu 27, w Budapeszcie 8, w Pradze 5. Gorączki durzycowe nie zmieniły się w Paryżu i Bazylei. Z duru osutkowego umarło w Wiedniu i Londynie po 1, w Murcyi 2, w Madrycie (od 7—13 lutego) 5. W Krakowie umarło w 15 tygodniu (do 9 kwietnia): 5 z ospy, 2 z odry, 2 z płonicy, 2 z gorączki połogowéj, 1 z zimnicy, a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospianki, 4 odry, 2 płonicy, 1 dławca, 4 duru brzusznego, 25 duru osutkowego, 1 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 14 (do 2 kwietnia) umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 39,5; we Lwowie 35,6; w Wiedniu 32,0; w Budapeszcie 34,6; w Pradze 38,8; w Tryjeście 34,5; w Berlinie 25,3; Wrocławiu 33,5; w Gdańsku 36,5; w Mnichowie 36,9; w Dreźnie 28,8; w Lipsku 21,3; w Genewie 17,5; w Bazylei 31,0; w Brukseli 24,7; w Amsterdamie 29,0; w Hadze 19,4; w Paryżu 30,9; w Londynie 21,8; w Kopenhadze 24,5; w Stokholmie 31,6; w Chrystyjanii 16,9; w Odesie 30,2; w Wenecyi 24,4; w Bukareszcie 29,4; w Madrycie 32,8; w Walencyi 38,5 w Aleksandryi 36,1; w Bombayu 30,2; w Madrasie 45,5. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 27 kwietnia. Przy zamknięciu Numeru poprzedniego starczyło nam zaledwie tyle miejsca i czasu, aby kilku słowy donieść Czytelnikom o wielkiéj stracie, którą poniósł Uniwersytet nasz i grono lekarskie skutkiem przedwczesnéj i niespodziewanéj śmierci śp. prof. Janikowskiego. Przebieg choroby od razu był dość groźny, a tylko podczas Świąt Wielkanocnych koledzy otaczający chorego mieli nadzieję, że starania ich odniosą skutek tak wielce pożądany. Od środy atoli nastąpiło znaczne pogorszenie, a we czwartek, o godzinie 6téj wieczór, umarł prof. Janikowski po 18 dniowéj chorobie. Wiadomość o jego zgonie, jakkolwiek przewidziana, przeraziła nie tylko kolegów, ale wszystkich tych, co go znali; pokazało się wtedy, jak wielkiéj używał nieboszczyk sympatyi i poważania pomimo swéj skromności. Grona lekarskie i przyjaciele osobiści pospieszyli złożyć wieńce na trumnie; wieńców tych było kilkanaście: od Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, Towarzystwa lek. warszawskiego, Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich.— Profesorów Wydziału lekarskiego, Asystentów Wydziału lekarskiego, Lekarzy szpitala św. Łazarza, od Senatu Akademickiego, od Rektora Uniw. Jagiell. itd. itd.

Pogrzeb odbył się w sobotę o godzinie 5téj popołudniu; pomimo pory dżdżystéj i zimnéj tak tłumnego udziału publiczności Kraków dawno już nie widział; począwszy od Prezydenta miasta, Prezesa Akademii nie tylko Senat akademicki z Rektorem na czele, profesorowie wszystkich Wydziałów, uczniowie medycyny, ale śmiało rzec można, że cała inteligencyja tutejsza oddała ostatnią usługę mężowi zacnemu. Nad grobem przemówił nestor nasz, Prezes Akademii Majer, roztaczając obraz żywota, oddanego mrówczéj pracy koło nauki i piśmiennictwa naszego, a słowa jego, pomimo głębokiego wzruszenia z powodu straty długoletniego towarzysza, brzmiały jasno i dobitnie, jak w latach młodzieńczych. Żałujemy mocno, że mimo najlepszéj woli naszéj nie możemy podać całéj osnowy tego przemówienia. Po Prezesie przemówił jeszcze jeden z uczniów nieboszczyka, kand. med. p. Schneder.

Niebawem pióro kompetentne skreśli w tygodniku naszym życiorys męża, wielce zasłużonego dla piśmiennictwa naszego; nateraz ograniczamy się więc do podania kilku dat z jego życia:

Śp. prof. Janikowski urodził się w Warszawie d. 6 maja 1833 r. z ojca Andrzeja, profesora Akademii medyko-chirurgicznéj, znanego zaszczytnie w piśmiennictwie naszém z dzieła o medycynie sądowéj i psychijatryi; o dobroczynności zaś jego świadczy pomiędzy wieloma innemi i fundacyja w Tow. lekarskiém warszawskiém na rzecz wdów i sierót po lekarzach. Śp. Stanisław ukończył nauki lekarskie w Dorpacie, późniéj przebywał za granicą, a po powrocie do kraju był lekarzem w szpitalu Dzieciątka Jezus i lekarzem miejskim w Warszawie, a oraz redaktorem Pamiętnika Tow. lek. warsz. Powołany w r. 1866 na profesora zwyczajnego medycyny sądowéj i policyi lekarskiéj w Wydziale lek. Uniw. Jagiell. pełnił obowiązki te aż do śmierci. Przez lat kilka był redaktorem Przeglądu Lek., późniéj Dwutygodnika med. publ., wreszcie wydawał Kalendarz lekarski krakowski. Był członkiem nadzw. Akademii Umiejętn., członkiem czynnym i b. prezesem Tow. lek. krakowskiego, członkiem koresp. Towarzystw lekarskich we Warszawie, Wilnie, we Lwowie itd. W ostatnich latach życia swego pracował skrzętnie razem z śp. Kremerem i prof. Oettingerem nad Słownikiem lekarskim, którego pojawienia się niestety już miał nie doczekać się. Żonie z domu Prylińskiéj i czworgu dzieci pozostawia imię niczém nieskalane, imię, które w drugiém już pokoleniu zapisało się zaszczytnie w historyi oświaty krajowéj; bodajby pięknych nadziei syn utrzymał tradycyję rodową i wyszedł na męża godnego swych przodków a również pożytecznego dla kraju. Cześć pamięci zacnego męża! Oby mu ziemia była lekką.

Redaktor Przeglądu Lek. otrzymał dziś depeszę następującéj treści z Pragi Czeskiéj:

„Stejně s Vámi truchlíme nad svezím hrobem Janikovského a rovně s Vami těžkou strátu pocitujeme. Redakce Časopisu Českých lékařův“

Dowód ten współczucia ze strony pobratymców naszych zapisujemy tém skrzętniéj, o ile on przyjęty będzie do wdzięcznéj wiadomości nie tylko przez osierociałą rodzinę ale przez wszystkich kolegów i czytelników naszego pisma.

* Wykłady o policyi lekarskiéj oraz Ćwiczenia w dochodzeniach sądowolekarskich na zwłokach, zapowiedziane na półrocze bieżące przez śp. prof. Janikowskiego, na mocy uchwały Wydziału lekarskiego, w dniu dzisiejszym zapadłéj, obejmuje zastępczo docent Dr. Kazimierz Grabowski.

* Dr. W. Kułakowski, asystent kliniki chorób dziecięcych, praktykować będzie w sezonie obecnym jako lekarz zdrojowy w Rabce. Spodziewamy się, że zdrojowisko to, uczęszczane przeważnie w schorzałościach wieku dziecięcego, podniesie się znacznie, gdy lekarzem zdrojowym będzie doświadczony młody pedyjatryk.

* Stósunki higijeniczno-miejscowe. W mieście naszém na każdym prawie kroku przekonać się można, jak wiele niedostaje nam pod względem higijenicznym. Nie mamy wody, nie mamy dobrych kanałów, z nadchodzącą zwłaszcza wiosną smród kloaczny rozlega się po sieniach i schodach naszych, a nawet już dostaje się do pomieszkań; co większa, ulice, które dawniéj odznaczały się czystością, obecnie także dużo pozostawiają do życzenia. Wina ciąży nietylko na władzy, ale i na jednostkach. Ot np. jaki przedstawia się widok i jak czuć się daje zapach dla obywatela, chcącego w porze wiosennéj użyć przechadzki rannéj? Koło pięknego kościoła dominikańskiego, pomiędzy murem kościelnym a łańcuchem opasującym świątynię, pełno grud kałowych świeżéj i dawnéj daty, na ul. Kopernika pod mostem żelaznym kolejnym, o kilkadziesiąt kroków przed kościołem jezuickim i szpitalem św. Łazarza, rynsztoki wyziewają smrody, w obec których człowiek oswojony z przykrą zapewne wonią zgnilizny wyższych stopni jeszcze doznaje wrażenia bardzo przykrego. A doszedłszy do szpitala samego spotykamy się przed bramą z jednokonką zamkniętą, wiozącą chorego na ospę; jednokonka ta (Nr. 61) zapewne z powrotem, a w każdym razie niedługo potém, zabierze człowieka zdrowego, a jeżeli ten w kilka dni potém zapadnie na ospę, nikt zaiste nie domyśli się źródła infekcyi! Dobréj woli i wykształcenia potrzeba ze strony jednostek, ścisłego dozoru ze strony władz, a stosunki zdrowotne nasze nie będą tak opłakanemi, jak niemi są w istocie.

* Otrzymaliśmy 1szy numer „Przewodnika gimnastycznego" organu Towarzystwa gimn. „Sokół" we Lwowie, wychodzić mającego raz na miesiąc pod redakcyją Dra T. Żulińskiego. Obfita treść numeru, nader przystępna cena (1 złr. 30 cent. rocznie) a przedewszystkiém okoliczność, że pismo to pozostaje pod redakcyją lekarza znanego na polu piśmienniczém a higijeną zajmującego się, powinny być zachętą do prenumerowania jak najliczniejszego. Małym bardzo wydatkiem możemy przyczynić się do utrzymania czasopisma specyjalnego, a tak bardzo w kraju naszém potrzebnego.

Berlin. Redakcyję *Berl. klin. Woch.* po Waldenburgu objął prof. Dr. C. A. Ewald.

* **Serbija.** W d. 30 marca rb. Skupczyna serbska uchwaliła ustawę sanitarną dla Księstwa oraz ustawę o chorobach stadnych. Tym sposobem mała Serbija pod względem ustaw zdrowotnych wstąpiła w poczet państw cywilizowanych. Co większa Izba uchwaliła osobny budżet sanitarny w wysokości 1 milijona franków, tak że sprawy zdrowotne samodzielnie mają być zarządzane. Największą zasługę koło ustaw tych położył szef Sekcyi Dr. Wladan Giorgievic, referent sanitarny Księstwa, uczeń szkoły wiedeńskiéj. Równocześnie ogłoszony został konkurs na 22 weterynarzy obwodowych z pensyją od 1500—2000 franków rocznie. Ubiegać się o posadę tę mogą i cudzoziemcy do d. 10 maja rb. i wykazać się ze znajomości języka serbskiego lub innego słowiańskiego (*W. m. W.*)

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Schwalbe w Jenie mianowany został prof. w Królewcu, a docent prywatny Dr. Schottelius profesorem nadzw. w Marburgu.

* **Nekrologija.** W d. 29 marca rb. zmarł, również jako ofiara zawodu swego Dr. Karol Sosnowski w 36 roku życia, lekarz szpitalu w Zamościu. Urodzony w Lublinie, ukończył nauki lekarskie w Warszawie, praktykował w Zamościu, a w r. 1877 odbył kampanią turecką i był przy oblężeniu Plewny. W początku rb. delegowany do m. Janowa zmarł tamże z duru plamistego. (*Gaz. Lek.*). — Prof. Waldenburg, o którego nagłéj śmierci wspomnieliśmy w Nrze przeszłym, urodził się d. 31 lipca 1837 r. w W. X. Poznańskiém; nauki gimnazyjalne i lekarskie ukończył w Berlinie. W r. 1861 rozpoczął tamże praktykę jako specyjalista dla chorób piersiowych, w r. 1865 habilitował się jako docent prywatny, w r. 1871 mianowany profesorem nadzw. a w r. 1877 lekarzem ordynującym w Charité. Od r. 1868 nieprzerwanie był redaktorem *Berl. klin. Woch.* Pozostawia żonę i 6cioro dzieci. Prace i zasługi jego naukowe aż nadto są znane. — W Paryżu umarł Dr. Guillon licząc lat 88. W młodym wieku odbył jako lekarz wojskowy w pułku lansierów litewskich kampaniję francuską w latach 1812—1814 i szczególne położył zasługi w epidemii tyfusowéj, która panowała w Hamburgu, bronionego przez marszałka Davousta. Późniéj był chirurgiem w gwardyi królewskiéj, odznaczył się znów w cholerze 1832 r., i powołany został jako konsultant chirurgiczny do boku króla Ludwika Filipa. G. oddawał się głównie chorobom dróg moczowych i uprościł litotrypsyję.

Piśmiennictwo lekarskie: Przewodnik do Szczawnicy Dra Tadeusza Dworskiego lekarza zdrojowego tamże (Przemyśl 1881 r.).

Przewodniki po kąpielach, jakie nam z różnych zdrojowisk do rąk wpadają, ukazują się albo w nader skromnéj postaci, mieszcząc zaledwo najogólniejsze daty, często w cyfry tylko ujęte, albo téż w poważniejszéj występują szacie stanowiąc monografije pojedyńczych zdrojowisk.

Między ostatniemi zrzadka tylko napotykamy takie, które mają potrzeby publiczności, a względnie chorych kąpielowych na celu. Wiele nadzwyczaj z tych monografij mieści dużo wiadomości naukowych; autorowie podają i objaśniają wskazania, określają leczenie i dają liczne wskazówki dyjetetyczne Aczkolwiek prace takie mogą mieć wartość naukową i stanowić podręcznik dla lekarza wysyłającego chorych do pewnego zdrojowiska, to nienadają się naszém zdaniem do użytku publiczności do kąpiel się udającej. Chory w kąpielach, zdala od zajęć i kłopotów domowych, winien się oddać leczeniu i słuchać przepisów lekarza bez roztrząsania i zastanawiania się nad leczeniem i radami jego.— Często dzieje się przeciwnie, i tak: chorzy mając przewodniki kąpielowe przed sobą zastanawiają się nad leczeniem, kierują się zdaniami i radami niestósownie wybranemi, kontrolują i męczą częstokrotnie nawet autora pracy, z któréj swe wątpliwości zaczerpnęli.

Przewodnik Dra Dworskiego do Szczawnicy, który się przed niewielą dniami w handlu księgarskim pojawił, okazuje szczęśliwie wybrany pośredni kierunek, łącząc zalety prac podobnych o innych zdrojowiskach, a omijając ich wady starannie. — Autor widocznie miał stronę praktyczną Przewodnika na celu uwzględniając głównie potrzeby publiczności. Nie myślę wcale zaprzeczyć wartości naukowéj tego Przewodnika, — nadał mu autor i tę cechę, — ale wszystko co do naukowej części należy, podane jest bez bliższych wyjaśnień szczegółowych tak, aby tam lekarz mógł znaleść wszystko, czego mu może być potrzeba, nieświadomy zaś zawodu jako rzecz niezrozumiałą pominąć musiał, niewysnuwając niestosownych wniosków. Do zalet tej pracy zaliczyć musimy to, że autor zebrawszy i zestawiwszy mnóstwo szczegółów, uwag itd., które są tyle potrzebne podróżującemu do kąpiel, potrafił je ująć w tak krótką stosunkowo do treści formę. Dalej wielce przydatnemi i podnoszącemi wartość pracy są dwa plany sytuacyjne: jeden sieci dróg do Szczawnicy prowadzących, a drugi samego zdrojowiska. Styl wszędzie zwięzły i łatwo zrozumiały czyni pracę przystępną dla wszelakiéj inteligencyi gości kąpielowych. Nadając swéj pracy kierunek praktyczny niezapomniał autor i o okrasie, która między innemi wyraźnie występuje w historycznym ustępie. I forma wreszcie książeczki w 16ce jest bardzo składną i poręczną. Jako zarzut mógłbym podnieść brak opisu drogi od Węgier do Szczawnicy — na co może autor dość słusznie mi odpowiedzieć, że pisząc Przewodnik miał na myśli polską publiczność, któréj się od Węgier nie spodziewa. — Bądź co bądź Przewodnik ten jest doskonałém źródłem różnych potrzebnych wiadomości dla każdego kąpielowego gościa i dobrym podręcznikiem dla lekarza wysyłającego chorych do Szczawnicy. *Dr. Mars.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* 1881, zeszycie II: Erlickiego: *Melanosis medullae spinalis* jako powikłanie paraliżu postępowego; Dunina: Poszukiwania patologiczne nad zapaleniem nerek (dok.); Biesiadeckiego: Sprawozdanie o dżumie, która panowała w gub. astrachańskiéj w r. 1878/9 (dok.)—

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 17: Korniłowicza: Przyczynek do wpływu leczniczego ostrych cierpień gorączkowych na choroby umysłowe; Heringa: O przewlekłém zapaleniu gardzieli ze szczególném uwzględnieniem t. zw. *Pharyngitidis lateralis* (dok.)— W *Medycynie* Nr. 17: Skórczewskiego: Bóle głowy, ich przyczyny, rozwój i leczenie.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Wł. LESSER (docent w Lipsku): Bąblowiec *(ecchinococcus)* lewéj opłucnéj, z następczém przedziurawieniem klatki piersiowéj. (Odbitka z „Gazety Lekarskiéj" 1881). in 8vo str. 3.

Dr. E. H. KISCH (w Maryjenbadzie): Marienbad in der Cursoison 1880, Prag 1881, in 8vo str. 8

Moritz HAY (Wiedeń): Die Technik der Vaccination mit animaler Lymphe. Wien 1881, in 8vo str. 14.

Dr. PERKOWSKI. Wykłady kliniczne Dra Guyona o rozpoznaniu i leczeniu zwężeń cewki moczowéj, z francuskiego. (Osobne odbicie z „Medycyny") in 8vo str. 14.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę dnia 4go maja posiedzenie zwyczajne **w sali kliniki okulistycznéj,** na którém po załatwieniu kilku spraw administracyjnych kol. Dr. Lutostański mówić będzie O znaczeniu badań wody gruntowéj dla m. Krakowa.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we czwartek d. 5go maja po południu w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém Dr. Ściborowski zda sprawę o ruchu w zdrojowiskach krajowych w ciągu zeszłego lata, a Dr. Lutostański przedstawi rzecz: O studniach, ich zanieczyszczeniu i budowie, z uwzględnieniem Krakowa i najbliższéj okolicy.

Zapraszam uprzejmie Szanownych Członków Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich na Zgromadzenie ogólne, które odbędzie się we wtorek dnia 3 maja o godz. 6 po południu w sali wykładowéj kliniki lekarskiéj. Na porządku dziennym wybór wiceprezesa.

Kraków, dnia 26 kwietnia 1881. *Korczyński.*

Do Nru dzisiejszego dołącza się broszurka: Pustomyty zakład kąpielowy (siarczany).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.